

Nuevas maternidades y derechos reproductivos

Compiladora
Marta Torres



EL COLEGIO DE MÉXICO

NUEVAS MATERNIDADES
Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

NUEVAS MATERNIDADES
Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Marta Torres Falcón
compiladora



EL COLEGIO DE MÉXICO

301.426

N9647

Nuevas maternidades y derechos reproductivos / Marta Torres Falcón, compiladora. -- México, D.F. : El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 2005.
348 p. ; 21 cm.

ISBN 968-12-1164-2

1. Salud reproductiva -- Aspectos sociales. 2. Derechos de la mujer. 3. Derechos humanos. 4. Menopausia. 5. Servicios de aborto. I. Torres Falcón, Marta, comp.

Primera edición, 2005

D.R. © El Colegio de México, A.C.

Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D.F.
www.colmex.mx

ISBN 968-12-1164-2

Impreso en México

ÍNDICE

Introducción	9
--------------	---

I. NUEVAS MATERNIDADES

Prácticas reproductivas en el Distrito Federal a finales del siglo XX, <i>Angeles Sánchez Bringas</i>	33
Cambios en significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas. (Un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la ciudad de México), <i>Hiroko Asakura</i>	61
Respuesta de las parteras a la violencia que sufren las mujeres embarazadas, <i>Rosario Valdez Santiago</i>	99

II. REPRESENTACIONES DEL CLIMATERIO

“Tu incapacidad de ser mujer...”: la menopausia y su representación, <i>Blanca Pelcastre Villafuerte</i>	129
Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: mujeres en Cancún, Quintana Roo, <i>Adriana Leona Rosales Mendoza</i>	171

III. DERECHOS REPRODUCTIVOS

Derechos humanos y la perspectiva de género sobre el aborto en México (1975 a 1994), <i>Inés Borjón López-Coterilla</i>	203
El consentimiento informado: un derecho reproductivo en México, <i>María Vallarta Vázquez</i>	239

Aborto y apoyo social: un estudio con mujeres atendidas en hospitales públicos y privados en el estado de Morelos, <i>Joaquina Erviti Erice</i>	275
Derechos humanos y los servicios de aborto, <i>Marta Torres Falcón</i> y <i>Lucía Rayas</i>	317

INTRODUCCIÓN

La capacidad reproductiva de las mujeres y la maternidad se han estudiado desde diversas disciplinas y con enfoques también diferentes. En el campo de la antropología, desde el trabajo pionero de Margaret Mead¹ se han analizado prácticas variadas en el ejercicio de la maternidad, se ha dado cuenta de los rituales específicos y cambiantes en cada cultura que rodean el proceso del embarazo, el parto y la lactancia, y se ha documentado el significado de la fertilidad en muy distintas comunidades.² En la psicología se han producido numerosos textos que enfatizan el vínculo madre-hijo y su importancia para el desarrollo emocional del niño. Además, se ha analizado cómo se configura la moral maternal, en el ámbito privado —propio de los vínculos afectivos más fuertes y perdurables— y cómo la adaptación de las mujeres a esta idea va conformando el ideal maternal.³ En la sociología se han abordado las condiciones que favorecen o dificultan el ejercicio de la maternidad, tales como prestaciones laborales, redes de apoyo, etc.;⁴ también se ha considerado que la maternidad es un elemento que otorga poder a las mujeres y que el contexto de su capacidad reproductiva puede ser fuente de su liberación.⁵ Incluso es abundante la literatura de divulgación que traduce a un lenguaje llano el

¹ Margaret Mead, *Sexo y temperamento en tres comunidades primitivas*, Barcelona: Paidós, 1982. Aunque la maternidad no era el tema central de la investigación de Margaret Mead, su trabajo da cuenta de diversas formas de cuidado y crianza de los hijos que demuestran que aun prácticas como la lactancia son construcciones culturales.

² Un ejemplo en el caso mexicano es el trabajo de Antonella Fagetti, “Los cambiantes significados de la maternidad en el México rural”, en Soledad González Montes y Vania Salles (coords.), *Relaciones de género y transformaciones agrarias*, México: El Colegio de México, 1995, pp. 301-337.

³ Mabel Burín, et al., *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1987.

⁴ Brígida García y Orlandina de Oliveira, *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México: El Colegio de México, 1994.

⁵ Susan Schechter, *Women and Male Violence. The Visions and Struggles of the Batte-*

discurso médico y apunta numerosos consejos a las mujeres embarazadas y a las nuevas madres. El tema no es nuevo. Esto está claro. Y sin embargo, hay muchas aristas del fenómeno que permanecen inexploradas.

En el feminismo académico, por otra parte, se han producido análisis, también desde diversas disciplinas, que han tenido como eje conductor la subordinación de género vinculada con la maternidad y la reproducción. Un texto pionero fue el de Nancy Chodorow,⁶ quien con una visión psicoanalítica, estudia el papel de la madre en la repetición de roles sociales y en la conformación psíquica de los sujetos. En la misma tónica, Janet Saltzman⁷ apunta que en todas las sociedades las mujeres se encargan (mayoritaria o exclusivamente) del cuidado de los hijos y el hogar, en tanto que los hombres (también exclusiva o preponderantemente) realizan tareas extradomésticas en el ámbito político y económico. El énfasis en la maternidad es claro. Norma Ferro,⁸ por su parte, deconstruye la artificialidad del llamado instinto maternal y analiza la necesidad social de edificar esa creencia.

Las prácticas reproductivas y en particular el ejercicio de la maternidad no son fenómenos individuales. Son construcciones sociales y por lo tanto están atravesadas por múltiples discursos, entre los que destaca, imponente, el de la medicina. En el centro de ese discurso aparece el cuerpo femenino como objeto de análisis, exploración y también experimentación. Se formula entonces una explicación que excluye cualquier posibilidad ajena a la biología, y que da cuenta de los procesos anatómicos únicamente. Coexiste un discurso cultural que exalta la maternidad y define las cualidades asociadas a ella: ternura, cuidado, abnegación, sacrificio. Y hay también un discurso jurídico que protege el óvulo fecundado y niega a la mujer como sujeto de derecho. Todos estos discursos reflejan un proceso de enajenación; el cuerpo no le pertenece a la mujer, es sólo el receptáculo en el que se desarrolla una nueva vida. Hay una normatividad

red Women's Movement, Boston: South End Press, 1982; Shulamith Firestone, *The Dialectic of Sex*, Nueva York: Bantam Books, 1970; Adrienne Rich, *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*, Nueva York: W.W. Norton, 1976.

⁶ Nancy Chodorow, *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona: Gedisa, 1984.

⁷ Janet Saltzman, *Equidad y género, Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer, 1989.

⁸ Norma Ferro, *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, México: Siglo XXI Editores, 1989.

legal y cultural que determina cómo deben reproducirse los sujetos —en el marco de una relación conyugal, monogámica, heterosexual—, cómo debe actuar una mujer embarazada —qué debe comer, qué debe hacer, cómo debe cuidarse y, sobre todo, qué le está prohibido— y cómo debe ejercerse la maternidad, siempre en función de otros.⁹

La articulación de todos estos discursos es bastante compleja. Además, no es homogénea ni estática, sino que está en continua transformación. Para aproximarnos al estudio de la maternidad y la reproducción, resulta útil conocer el lugar que ocupa el cuerpo de la mujer en el orden simbólico.

LA MUJER EN EL ORDEN SIMBÓLICO

Un símbolo es una representación, un vehículo de significaciones, un referente de la construcción significante. El lenguaje permite la significación, construye la realidad social y por lo tanto también al sujeto.¹⁰ Freud señala que “en el comienzo fue la acción”,¹¹ es decir, que hubo una anterioridad al lenguaje en donde lo exterior se constituye como proyección del interior, en tanto que no están diferenciados el adentro y el afuera. Al nombrarlos se les distingue, así como a las demás oposiciones. La aparición del lenguaje, en el plano de la historia subjetiva de cada individuo, establece la nominación como un intercambio de signos lingüísticos.

En la misma lógica, la antropología estructural de Lévi-Strauss relaciona un sistema de clasificación (o sea simbólico) con el orden del lenguaje en su universalidad. Así, hablar de orden simbólico implica la dependencia y articulación del sujeto hablante en el orden del lenguaje. Al sujeto pensante se opone el objeto cognoscible; sin embargo, la relación sujeto-objeto sólo puede tomarse en términos analíticos, porque en términos reales no es posible pensar en un ser humano sin el mundo social y viceversa. Preguntarse dónde empieza uno y acaba el otro es absurdo, porque ambos forman parte de la misma realidad y se construyen en el

⁹ Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.

¹⁰ Estela Serret, *El género y lo simbólico. La construcción imaginaria de la identidad femenina*, México: UAM-A, 2001.

¹¹ Sigmund Freud, “Tótem y tabú”, en *Obras completas*, tomo II, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

mismo proceso. Los seres humanos son construidos culturalmente, al igual que las relaciones entre ellos. Esta construcción es un proceso de ordenamiento simbólico.

Clifford Geertz, en su obra *La interpretación de las culturas*, explica cómo lo simbólico es la condición necesaria de existencia de lo humano, en tanto que carecemos de un código genético que nos permita sobrevivir sin más. El código genético humano es demasiado laxo, lo que nos convierte en seres indefensos por principio. La creación de símbolos permite saber qué hacer y para qué. El para qué —pregunta existencial fundante— no está en nuestra estructura biológica; se construye artificialmente por medio de símbolos. Lo simbólico, significativo, siempre es algo profundamente arbitrario.

La cultura es un orden simbólico. Es un esquema, históricamente transmitido, de significaciones representadas en símbolos, concepciones heredadas de cómo hombres y mujeres hacen su vida. El lenguaje tiene una estructura que aunque no controla tal cual cada individuo, es comprensible para quienes tienen el mismo código. En cada lengua los signos son unidades de sentido que dividen y clasifican el mundo a partir de las relaciones específicas de significados y significantes. De esta manera, cada sociedad hace su propia simbolización de la diferencia entre los sexos, que tiene múltiples consecuencias en todos los órdenes de la vida.

Para Lévi-Strauss los sistemas de conocimiento de las llamadas sociedades salvajes, en particular los mitos, son una elaboración ulterior, en los niveles de simbolicidad, de la interdicción del incesto. Al respecto Freud señaló que la moral humana surge de dos tabúes del totemismo: el asesinato del padre y la prohibición del incesto. Esta última aparece en muchos ritos y discursos sobre lo sagrado, en especial los relacionados con la impureza.

“Hay toda una vertiente de lo sagrado, verdadero reverso de la faz artificial, obsesiva y paranoica de las religiones que se especializa en conjurar el peligro. Se trata precisamente de los ritos de la impureza [que] tienen la función de conjurar en el sujeto el miedo de abismar su propia identidad sin retorno en la madre”.¹²

¹² Julia Kristeva, *Poderes de la perversión*, México: Siglo XXI Editores, 1989, p. 87.

Muchos antropólogos han notado que la “suciedad” profana, hecha “impureza” sagrada, es lo excluido a partir de lo cual se constituye la interdicción religiosa, como si hubiera una especie de límite preciso entre cierta naturaleza (a la que corresponden las excreciones) y la sociedad, que las excluye justamente por considerarlas sucias, contaminantes.

Este límite entre naturaleza y cultura es una dicotomía establecida obviamente desde la cultura. En la categoría “naturaleza” se incluye lo que resulta ajeno a la voluntad individual y colectiva; al ser creada en una dualidad y por oposición a la “cultura”, se le confiere un rango inferior. En este esquema se considera la función reproductora como algo “natural” y en consecuencia el rol de la mujer, derivado o constreñido por tales funciones, se considera también asociado a la naturaleza.

Un cuerpo que menstrúa, que muchas veces sangra con la primera relación sexual, que tiene la capacidad de gestar y amamantar, representa todo un misterio. Encierra el enigma de surgir a la vida... más aún, el poder perentorio de dar vida. Por ello en todas las sociedades donde existen rituales para proteger de la “impureza” se comprueba la importancia social y simbólica de las mujeres y, en particular, de la madre. El ritual está imbuido de la preocupación por establecer una división precisa entre los sexos, lo que implica dar poder a los hombres sobre las mujeres.

En la perspectiva de Simone de Beauvoir, si el hombre se identifica con la cultura, su oposición con la naturaleza resulta totalmente abstracta. La alteridad auténtica se da con una conciencia distinta, separada, pero que permanece idéntica a sí misma y por lo tanto puede ocupar la categoría de ‘lo Otro’.¹³

La presencia de la mujer en el orden simbólico está vinculada con su cuerpo, o más exactamente, con los misterios de su cuerpo y la impureza de sus límites. Cuando la mujer puede engendrar, es decir, a partir de la aparición de su ciclo menstrual, es considerada impura. A diferencia de otras excreciones, la sangre menstrual es una impureza que surge del interior. Los tabúes en torno a este fenómeno son variados y extensos. Se

¹³ “La mujer es justamente ese sueño encarnado; ella es la intermediaria deseada entre la naturaleza extraña al hombre y el semejante que le es demasiado idéntico... es una conciencia y, sin embargo, parece posible poseerla en su carne”. Simone de Beauvoir (1949), *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*, México: Alianza editorial siglo XX, 1991, p. 186.

recluye a la mujer, se considera peligroso tocarla, a veces no se le permite comer más que ciertos alimentos. Se le asigna una función contaminadora: arruina las cosechas, agria la leche, amarga el opio. En muchas partes aún se rechaza la relación sexual coital durante esos días, porque se piensa que es peligrosa para el hombre, que quedaría contaminado, “contagiado de la impureza”.¹⁴

A la sangre menstrual se le han conferido también efectos bienhechores. Se utiliza para elaborar elixires de amor y para sanar algunas heridas. Los piratas solían llevar en sus embarcaciones pedazos de tela humedecidos con sangre menstrual, que servían para ahuyentar el mal. Tal era el poder sobrenatural que le atribuían. Además, la periodicidad del ciclo ha sido comúnmente asociada con la luna, fuerza femenina universal que ordena la marea entre los muslos.

La virginidad se contempla como el más absoluto misterio femenino; fascinante, sorprendente y aterrador. En las sociedades de filiación uterina se pensaba que los hombres no tenían mucho que ver con la reproducción pero convenía “abrir el camino” para que entraran las fuerzas sobrenaturales a preñar a la mujer. Algunos pueblos imaginan que en el interior de la vagina, el acecho de cualquier intruso, habita una serpiente que puede morder al hombre al romperse el himen.

Son muy extendidas las costumbres de desfloración ritual. A veces son otras mujeres las que llevan a cabo la operación de la niña o la adolescente utilizando objetos diversos (un bastón, un hueso, una piedra afilada). En otras tribus se realiza una forma de iniciación salvaje, en la que participan varios hombres solteros. La sangre producida por la ruptura del himen se convierte en un símbolo. Empieza a exigirse como garantía de la “honorabilidad” de la mujer, de la propiedad exclusiva que detenta al marido. Hasta fechas muy recientes ha estado vigente la costumbre de exhibir la sábana ensangrentada ante un público de amigos, invitados a la boda, que aplauden con aprobación la castidad preservada de la recién casada y la atinada adquisición del marido.

La virginidad se asocia con lo desconocido, lo inexplorado, lo misterioso y aun peligroso. Las tierras vírgenes fascinan a los exploradores. El mar se asocia con una mujer turbulenta y amenazante que excita su con-

¹⁴ Esto tiene que ver también con las formas permitidas socialmente de ejercer la sexualidad. Mientras una mujer menstrúa difícilmente va a quedar embarazada. Pasaron siglos antes de que se reivindicara la sexualidad por placer y aún es una meta por alcanzar.

quista. Este símbolo, el de la virginidad, sólo encarna un valor y un atractivo erótico si se asocia a la juventud y de alguna manera a la belleza.

El aspecto de la maternidad es central en la construcción de símbolos. En muchas culturas el parto está rodeado de rituales de diversa índole: se quema la placenta o se arroja al mar; a veces se entierra cerca de la casa para garantizar la fertilidad de los campos. Muchas civilizaciones desarrollan ritos purificadores para la parturienta, cuyo prestigio social aumenta si tuvo un hijo varón. La maternidad es la encarnación del bien. Está relacionada con la fertilidad y de alguna manera con la bonanza. A la mujer se le reconoce y se le quiere como madre y en función de ciertos atributos. La veneración a la maternidad es universal; el guerrero muere llamando a su madre, vinculada así con la vida y con la muerte. Morir es regresar al polvo del que surgimos, volver a la confusión con el vientre materno, al estado seguro de las tinieblas.

Si la maternidad está rodeada de un halo de sacralidad, no es difícil suponer que con el climaterio ocurre lo contrario. El cese de la menstruación implica la imposibilidad de un nuevo embarazo, es decir, la conclusión de ese poder perentorio de dar vida que mencionamos en páginas anteriores. Se asocia no sólo con el envejecimiento sino también y fundamentalmente con la pérdida de la feminidad. Es interesante notar que la menopausia se concibe como la terminación de algo y no como el inicio de un nuevo proceso. Esto refleja la centralidad de la capacidad reproductiva de las mujeres en la forma como se las define.

Este breve recorrido por algunas representaciones que aparecen con nitidez en el orden simbólico nos permite ver cómo las mujeres son definidas a partir de su cuerpo y sus funciones reproductivas, a pesar de la relación enajenada que se establece con éste. Es un cuerpo de y para otros. La reproducción es también una función al servicio de los demás, lo cual resulta particularmente claro en las sociedades patrilineales, donde las mujeres son construidas como seres para otros.

La visión tradicional de la maternidad la define como un destino inmutable de toda mujer. Desde la socialización más temprana, las niñas van incorporando una serie de mensajes, valores y creencias en torno a la función maternal, que habrán de desempeñar en algún momento de su vida. Junto con los juegos infantiles en los que las muñecas ocupan un sitio central, a las niñas se les forma en una ética del cuidado de los demás, de la abnegación, la postergación o cancelación de sus propios proyectos e intereses, e incluso del sacrificio, siempre en beneficio de los demás. En esta

concepción tradicional, la maternidad resulta el eje estructurante de la identidad femenina, única posibilidad de lograr una realización plena y total.

Sin embargo, en las últimas décadas han emergido nuevas formas de ejercer la maternidad. Por una parte, las mujeres cada vez tienen un mayor control sobre sus cuerpos y en particular sobre su capacidad reproductiva, y por otra, la vivencia misma de la maternidad se ha diversificado. Los trabajos reunidos en la primera parte de este volumen dan cuenta de estos procesos.

NUEVAS MATERNIDADES

En la sociedad mexicana, la identificación de las mujeres como madres ha sido fuerte y persistente. Por una parte, se ha construido una figura muy sólida de la madre mexicana con las características ya señaladas. A principios de la década de los 30 en el siglo XX, a iniciativa del periódico *Excelsior*, se instituyó el 10 de mayo como Día de las Madres. La Secretaría de Educación Pública dio seguimiento a la propuesta y contribuyó con la inserción de textos alusivos en los libros escolares. En buena parte se trataba de recuperar la imagen de la “cabecita blanca” y ensalzar la composición y funcionamiento armónico —basado en la obediencia— de la familia mexicana, en un momento en que las mujeres habían empezado a organizarse para la defensa de sus derechos: ya se había realizado el Primer Congreso Feminista en Yucatán (1916), con el apoyo decidido del gobernador Carrillo Puerto, quien además sostenía la necesidad de diseñar y llevar a la práctica programas de educación socialista. En ese contexto, la celebración del Día de las Madres pretendía rescatar una imagen tradicional y preservar los valores familiares conservadores. Las mujeres del sureste empezaban a hablar del derecho —incluso la necesidad— de controlar su propia reproducción; era importante aislarlas de la influencia extranjera contaminante y mantener la sumisión femenina a toda costa.¹⁵

¹⁵ Es interesante notar que ese discurso de la mala influencia extranjera se repite cada vez que las mujeres emprenden una acción determinada por conquistar derechos y prerrogativas de género. Cuando se discutió en el Congreso el sufragio femenino, los argumentos en contra aludían a las virtudes que siempre habían caracterizado a las mujeres mexicanas: delicadeza, ternura, confianza y, sobre todo, candor. Años más tarde (en 1974), al hablar de la posibilidad de transmitir la nacionalidad mexicana al cónyuge extranjero, los motivos de oposición eran básicamente los mismos: cualquier forastero va a

Por otro lado, se ha visto a las mujeres exclusivamente a partir de su capacidad reproductora. La única política pública consistente dirigida a las mujeres a partir de los 70 ha sido precisamente la de planificación familiar, entre cuyos objetivos está alcanzar metas demográficas precisas. En el diseño y puesta en marcha de estas políticas y programas de control de natalidad, sigue vigente la enajenación del cuerpo femenino. En otras palabras, no son políticas dirigidas a las mujeres como sujetos, sino programas cuyo objeto es el cuerpo. A principios de los setenta, Naciones Unidas estableció algunas directrices para reducir la fecundidad —cuyas altas tasas se asociaban con el subdesarrollo— y mejorar así la calidad de vida. En México se llevaron a cabo campañas masivas de promoción de métodos de planificación familiar y una fuerte difusión en los medios sobre las ventajas de tener menos hijos.¹⁶

Algunos aspectos importantes de las políticas de control de natalidad merecen ser destacados: exaltan los valores de la familia tradicional —en donde operan concepciones estereotipadas de género— e ignoran la autonomía de la sexualidad femenina. La misma denominación de los programas es ilustrativa: se trata de planificar la familia, es decir, reducir el número de hijos. No se habla de una vida sexual no procreativa en cuyo centro esté el placer. Estas políticas estaban dirigidas a mujeres casadas o unidas. De manera no sorprendente, los métodos anticonceptivos mayoritarios eran las pastillas —dosis hormonales sobre los cuerpos de las mujeres— y en menor medida la salpingoclasia y el dispositivo intrauterino. Los hombres no eran objeto de ninguna campaña de control natal. Pasaron varios años antes de que se hablara de salud reproductiva, concepto que contiene una visión más incluyente, y se reivindicara la sexualidad por placer.

Sin duda alguna, las políticas de planificación familiar lograron que se redujera el número de hijos a lo largo de cuatro décadas. ¿Qué signi-

engañar a nuestras candorosas —manipulables, tontas— mujeres para sacar provecho de ellas. Con este discurso se construye una imagen con un fuerte componente de género y atravesado por una noción chauvinista y estereotipada de la mexicanidad.

¹⁶ Algunas consignas utilizadas en estas campañas fueron “Vámonos haciendo menos”, “La familia pequeña vive mejor”, “Pocos hijos para darles mucho”. Los mensajes contrastaban notoriamente con el discurso que el entonces presidente del país, Luis Echeverría Álvarez, había proclamado durante su campaña de proselitismo político, que establecía una sinonimia entre gobernar y poblar, y enfatizaba que la mayor riqueza de un país era su población. Al inicio de su cuarto año de gobierno, una prioridad era evitar la llamada “explosión demográfica” mediante programas de planificación familiar extensivos.

fica esto para las mujeres? ¿Qué cambios se han producido, paralelamente a los demográficos? ¿Cuál ha sido la experiencia en relación con otros factores tales como la trayectoria laboral y la vida sexo-afectiva?

Ángeles Sánchez Bringas, en su texto “Prácticas reproductivas en la ciudad de México a fines del siglo XX”, se propone analizar cómo afectaron los cambios sociodemográficos ocurridos en ese periodo la vida de mujeres urbanas de diversos sectores socioeconómicos. En su definición de prácticas reproductivas se entrelazan diversos factores: las experiencias erótico-sexuales, las trayectorias laborales, las relaciones de pareja y la vida reproductiva. A partir de los resultados de una encuesta, cuya muestra fue de 181 mujeres, la autora realizó catorce entrevistas en profundidad para reconstruir las historias de vida e identificar el grado de autonomía y la capacidad de decisión de cada una de ellas.

Algunos hallazgos interesantes de la investigación de Sánchez Bringas son los siguientes: las mujeres retrasaron la edad para vivir en pareja y tener hijos (en comparación con la generación de sus madres), tuvieron relaciones sexuales antes de casarse y han vivido con varias parejas de manera estable. Hay diferencias notorias en las prácticas reproductivas según el sector socioeconómico: un mayor ingreso familiar, más alto nivel de escolaridad y la realización de una actividad remunerada son elementos que influyen de manera decisiva en la autonomía de las mujeres. Llama la atención, sin embargo, que todas las entrevistadas manejaron concepciones tradicionales de la maternidad. Esto parece indicar que es más fácil modificar patrones sociales, prácticas cotidianas y acciones de diversa índole —incluida la esfera de la sexualidad— que las creencias arraigadas en las mentalidades individuales y el imaginario colectivo.

Ya en páginas anteriores hemos hablado de cómo se construyen esos mandatos sociales sobre las virtudes de una buena madre y, lo que es más significativo, sobre la equivalencia mujer-madre. La maternidad se constituye así en una suerte de certificado de normalidad que garantiza cierta aceptación social. Sin embargo, en los últimos años se han producido interesantes desafíos a este “deber ser” de tan vieja data en la sociedad mexicana.

Hiroko Asakura analiza un fenómeno relativamente reciente en la sociedad mexicana: la emergencia de nuevas formas de ejercer la maternidad (sin pareja) y la decisión de no tener hijos (sea por decisión propia o de común acuerdo con la pareja). El énfasis se coloca en la voluntad de las mujeres, es decir, en su autonomía y libertad. El artículo “Cambios en

significados de la maternidad: la emergencia de nuevas identidades femeninas (Un estudio de caso: mujeres profesionistas de clase media en la ciudad de México)” muestra los resultados de un estudio de caso en la ciudad de México. A través de 12 entrevistas en profundidad, la autora reconstruye las historias de vida de mujeres profesionistas, de clase media y con actividades remuneradas. El análisis de la información se presenta en torno a tres ejes fundamentales: el significado de la maternidad, la dimensión profesional y la transformación de la identidad femenina. Es claro que las mujeres que deciden escapar a los mandatos tradicionales que postulan la maternidad dentro de una familia nuclear sustentada en un matrimonio monogámico están transgrediendo una normalidad cultural rígida y estereotipada. La experiencia en sí permite documentar que el ejercicio de la maternidad no es natural y que no existe ese instinto tan encomiado, sino que se trata de un aprendizaje cultural. Pero el análisis de Asakura va un poco más allá; retoma las nociones de traición al género (aprendido desde la socialización más temprana) y apunta hacia la construcción de lo que Lipovetzky denomina “la tercera mujer”. En el proceso hay obstáculos y contradicciones, pero los cambios en la identidad femenina empiezan a ser perceptibles.

Sin duda, el énfasis en la voluntad de las mujeres permite hacer análisis de la autonomía y la libertad. Por una parte, los cambios sociodemográficos y específicamente la reducción de la tasa bruta de natalidad modifican el ejercicio de la maternidad; esta práctica deja de ser totalizante y las mujeres pueden recuperar sus propios proyectos y desarrollarse en otros ámbitos de la vida. El conocimiento y acceso real a métodos anticonceptivos les otorga una mayor libertad sexual y la posibilidad de tener varias parejas a lo largo de su vida. Por otro lado, el desempeño de una profesión, la autosuficiencia económica y el acceso a la información son factores que contribuyen al empoderamiento de las mujeres. Éste se expresa, entre otros aspectos, en las decisiones que toman sobre el ejercicio de su maternidad o la supresión de esta posibilidad en sus proyectos de vida. Las mujeres están modificando sus prácticas reproductivas y viviendo la maternidad de formas nuevas y diferentes.

Sin embargo, sabemos que siguen siendo muy pocas las mujeres que tienen la opción real de decidir. La gran mayoría siguen atrapadas entre la tradición, los mandatos culturales, las dificultades económicas, la falta de información, el ser para otros. En una situación extrema, las mujeres que sufren de violencia por parte del compañero íntimo resienten di-

versas formas de control sobre sus movimientos, sobre sus cuerpos, sobre sus vidas.¹⁷ Aunque existe la creencia más o menos generalizada de que la maternidad es algo sublime y por lo tanto las mujeres embarazadas reciben más atención, cuidado, amabilidad y protección, la realidad es muy distinta. Lejos de generar simpatía y apoyos, el embarazo mismo puede constituir una situación de riesgo, con consecuencias graves y de larga duración tanto para la mujer golpeada como para el bebé.¹⁸

Se sabe que la violencia puede ocasionar la pérdida del producto, la precipitación del parto o el nacimiento de un bebé de bajo peso.¹⁹

La identificación del maltrato doméstico durante el embarazo debería ser una prioridad en los servicios de salud.²⁰ Hay que considerar también que en muchas regiones del país el sistema de salud es mixto, lo que significa que la medicina tradicional coexiste con la medicina institucional y la privada. Estos tres espacios están jerarquizados. Las instituciones públicas en general atienden a las personas que no tienen los recursos económicos para pagar una clínica privada. Paralelamente, en muchas poblaciones del país, los servicios de las parteras son los únicos accesibles.

La atención que brindan las parteras no sólo tiene un costo más reducido, sino que además es frecuentemente solicitada por la confianza que infunden en las mujeres y el reconocimiento de una labor especializada de vieja data en Mesoamérica.

¹⁷ Hace algunas décadas empezó a estudiarse de manera sistemática el maltrato a la esposa; los estudios de prevalencia realizados en muy diversos hogares del mundo arrojan índices alarmantes: alrededor de un tercio de las mujeres adultas habían sido golpeadas por su pareja. Lori Heise, Jacqueline Pitanguy y Adrienne Germain, *Violence against women. The hidden health burden*, Washington: The World Bank, 1994; Marta Torres Falcón, *La violencia en casa*, México: Paidós, 2001.

¹⁸ En un estudio pionero realizado en el Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, se identificó un 33.5% de mujeres golpeadas durante el embarazo, que además tuvieron bebés cuyo peso era hasta 500 gramos por debajo del promedio. Rosario Valdez y Luz Helena Sanín, “La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer”, en *Salud Pública de México*, 1996, 38(5), pp. 1-11.

¹⁹ Linda Bullock y Judith McFarlane, “The birth weight/battering connection”, *American Journal of Nursing*, no. 9, 1999, pp. 1153-1155; Anne Helton y otros, “Battered pregnant: a prevalence study”, *American Journal of Public Health*, no. 77, 1987, pp. 1337-1339.

²⁰ Hay que mencionar que con la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999, se puede avanzar en este terreno. Sin embargo, para dar continuidad a los esfuerzos, tener un registro actualizado y dar seguimiento a la atención de los casos identificados, es fundamental la capacitación constante de los prestadores de servicios de salud.

El artículo de Rosario Valdez Santiago, “Respuesta de las parteras a la violencia que sufren las mujeres embarazadas”, da cuenta de una investigación desarrollada en el estado de Morelos, donde su presencia sigue ocupando un lugar destacado en términos cuantitativos y cualitativos. La autora hace un análisis detallado de las consecuencias que puede acarrear la violencia ejercida contra una mujer embarazada, tanto en la salud física como mental, para contextualizar la importancia del trabajo de las parteras en este rubro. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas, entre cuyos hallazgos más interesantes están los siguientes: la mayoría tuvieron abundantes testimonios de mujeres maltratadas durante el embarazo tanto física como verbal y sexualmente, aunque en general no hacen preguntas directas sobre el tema; algunas han recibido información específica sobre violencia; todas muestran empatía con las mujeres agredidas. Finalmente, hay que señalar que varias de las parteras tenían sus propias vivencias de maltrato, lo que en general favorecía un acercamiento más cálido con las mujeres atendidas y un ambiente de confianza para escuchar sin prejuicios.

Los artículos que integran la primera parte de este volumen son estudios de caso cuyos resultados difícilmente son generalizables. No obstante, permiten conocer diferentes aspectos de la maternidad hasta ahora poco estudiados, y dan cuenta de diversas problemáticas presentes en la sociedad mexicana contemporánea.

REPRESENTACIONES DEL CLIMATERIO

Las representaciones sociales implican una visión compartida de una realidad determinada. Tienen un carácter simbólico. Condensan una historia común, un tipo de relaciones sociales, un contexto político específico y una serie de prejuicios y creencias con diferentes grados de arraigo. Como toda expresión cultural, son cambiantes y dependen básicamente del contexto. ¿Cuáles son las representaciones sociales del climaterio en México? ¿Qué factores influyen en su conformación?

Para empezar, habría que distinguir entre menopausia y climaterio, porque los términos se confunden y muchas veces se utilizan como sinónimos. La menopausia se refiere al cese de la menstruación. El climaterio, en cambio, es un proceso que se inicia varios años antes de que termine la menstruación (periodo conocido como ‘premenopausia’), e incluye

también la menopausia y la postmenopausia. No es entonces un episodio aislado sino una secuencia que afecta muchas áreas de la vida.

En realidad es muy reciente el estudio del climaterio, y en él se han privilegiado los aspectos físicos. No hay una visión homogénea, ni siquiera entre los médicos. Los aspectos controversiales son la pertinencia del reemplazo hormonal, la emergencia de problemas cardiovasculares, la propensión a la osteoporosis, la depresión ante la imposibilidad de ser madres, entre otros. También se discuten los llamados “trastornos sexuales” y tampoco sobre este punto hay acuerdo. Sin embargo, es común la creencia de que disminuye el deseo sexual. El motivo no tendría que buscarse en el cuerpo ni en los cambios fisiológicos producidos durante el climaterio, sino más bien en la asociación generalizada de la sexualidad femenina con la maternidad. En las sociedades tradicionales y conservadoras, la única forma aceptada de sexualidad es la que se ejerce dentro del matrimonio y con fines procreativos; cuando empieza a reivindicarse la sexualidad por placer, principalmente por grupos liberacionistas, hippies, de vida comunitaria y gays, se empieza por la sexualidad masculina y sólo después se reconoce el derecho de las mujeres al placer. Y aquí hay que hacer un nuevo cruce con la edad. Las mujeres jóvenes son las que en el imaginario social tienen derecho al gozo corporal erótico, mientras que las mujeres maduras y mayores siguen siendo consideradas como asexuadas. La expresión “mujer menopáusica”, que tiene un contenido claramente peyorativo, alude a una mujer vieja o que empieza a envejecer, histérica, intolerante y además asexual.

La psicología clínica describe una serie de síntomas asociados al climaterio: tensión, nerviosismo, irritabilidad, cansancio, ansiedad, intolerancia a la soledad, aprehensividad, insomnio, falta de concentración, frigidez, introversión, agresividad, depresión. Algunos de ellos se atribuyen a la menopausia y otros al envejecimiento.

Para aproximarse a su significado, Blanca Pelcastre se propone analizar las narraciones construidas en torno a la menopausia en un proceso sincrético que amalgama diferentes discursos particulares (incluidos los producidos desde diversas ciencias) con el sentido común y se utiliza en la vida cotidiana. Más allá del discurso médico que cataloga la menopausia como una enfermedad y por lo tanto recomienda atención especializada, la autora se pregunta qué significa ésta para las mujeres mexicanas: cómo la viven, qué implicaciones tiene para ellas y qué acciones emprenden. La investigación cuyos resultados presenta en el artículo

“Tu incapacidad de ser mujer...: la menopausia y su representación” se llevó a cabo en distintas regiones de la ciudad de Cuernavaca (Morelos) con base en entrevistas en profundidad a 20 mujeres. El objetivo central de este estudio exploratorio fue obtener un primer acercamiento al mundo representacional de este episodio.

La autora hace una revisión puntual del discurso médico y aborda también la significación cultural, social y personal que tiene para las mujeres. Los resultados muestran que es un proceso diferencial y que los contrastes en los discursos de las entrevistadas obedecen al significado que cada una de ellas da a la menstruación, al envejecimiento y, de manera destacada, al rol social de la mujer. Influyen también la información de la que disponen, la relación con la pareja y las actividades que realizan en la cotidianidad.

Una de las representaciones más importantes del climaterio es sin duda la que se refiere a la sexualidad. Ya en páginas anteriores mencionamos cómo, en el diseño y operación de las políticas de control natal, la sexualidad femenina aparece subordinada a la maternidad, como si no hubiera posibilidad alguna de ejercerla con fines no procreativos. En efecto, la sexualidad femenina ha sido objeto de múltiples restricciones, condicionamientos, regulaciones precisas, condenas y sanciones de diversa índole. Y de nuevo aparece el discurso médico como un saber especializado que ocupa un lugar central. Al abordar temas como la reproducción y la sexualidad, aparece como un conocimiento incuestionable, desde donde se define la validez de determinadas prácticas y la prohibición de otras. En particular en esa etapa del ciclo vital marcada por el climaterio, cuando cesan las posibilidades reproductivas y las mujeres tendrían más opciones de disfrutar una relación erótica precisamente por haberse disipado cualquier temor de un embarazo no deseado, el discurso médico se interpone para dictaminar la “pérdida o disminución del deseo sexual”, aparentemente asociada con la menopausia.

El discurso médico es sin duda un ejemplo relevante, pero en modo alguno es el único que limita o restringe a las mujeres; la elección de un objeto amoroso, la expresión del deseo y la búsqueda de placer tienen un componente biológico —el potencial que proporciona el cuerpo humano— pero son fundamentalmente construcciones culturales. El cuerpo mismo es impensable sin un contexto que le dé realidad y, sobre todo, ubicación en un orden simbólico. La sexualidad femenina adquiere entonces diversos significados, que no son estáticos ni lineales.

Adriana Leona Rosales, en su artículo “Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: Mujeres en Cancún, Quintana Roo”, se da a la tarea de explorar la relación placer-menopausia en un pequeño estudio de caso. Hace una somera revisión de algunos postulados del discurso médico que subrayan la presencia de cambios físicos innegables, y a partir del debate que entabla con esa postura, indaga las percepciones de algunas mujeres al respecto. El análisis se ubica precisamente en ese sitio donde se entrecruzan el cese de la capacidad procreativa, el ejercicio de la sexualidad y las relaciones de género. La mayoría de las mujeres entrevistadas reportó una disminución en el deseo asociado con la percepción prevaleciente de la relación sexual, que es vista como una entrega a la pareja y en donde lo más importante es el placer masculino. Paralelamente, refirieron un desgaste en la comunicación y el intercambio amoroso —o por lo menos afectivo— con los maridos. Otro hallazgo interesante de la investigación es la presencia del maltrato físico y sexual; la violación conyugal aparece de manera reiterada como una práctica a la que las mujeres han tenido que adaptarse. La autora subraya el contexto sociocultural como determinante de las percepciones de las mujeres y sus propias biografías. Llama la atención que algunas entrevistadas utilizan el discurso médico como una herramienta para negarse a tener relaciones sexuales con sus esposos, esta vez con el justificante del saber médico. Aunque resulta claro que no pueden hacerse generalizaciones a partir de un estudio de caso, una aportación indudable del texto de Adriana Leona Rosales es la dificultad —casi imposibilidad— de las mujeres de asumirse como sujetos de derechos y ejercer su sexualidad de manera autónoma. Éste no es un rasgo contextual. Es una realidad que rebasa fronteras culturales y de clase social.

El cuerpo femenino ha sido utilizado con fines mercantilistas y publicitarios; ha sido construido como objeto del deseo del otro, en tanto a las mujeres se les niega el carácter de sujetos deseantes. Ha sido también un cuerpo al servicio de otros y esto se expresa muy claramente en el ejercicio de la sexualidad en la relación conyugal. En los centros de atención a mujeres, en los espacios de salud, en las instancias recientemente creadas para víctimas de violencia, se ha documentado que las mujeres aluden a la relación sexual como una obligación de la que no pueden sustraerse, como una demanda del marido que debe ser atendida so pena de sufrir las violentas consecuencias de la negativa, o como un acto de franca agresión. Con el cese de la menstruación y el dictamen

médico sobre la disminución del deseo sexual, las mujeres encuentran una fuente de alivio, no para ejercer una sexualidad plena sino para ya no estar a la entera disposición de la pareja. Los resultados de las investigaciones realizadas en Cancún, por Adriana Leona Rosales, y en Cuernavaca, por Blanca Pelcastre, coinciden en este aspecto fundamental.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos fueron reconocidos como parte integral de los derechos humanos muy recientemente. En la Conferencia Mundial de Población realizada en Teherán en 1968 se habla por primera vez, en el contexto internacional, del derecho de toda persona a decidir libremente sobre su descendencia, es decir, el número de hijos —incluyendo cero, por supuesto— y el espaciamiento entre ellos (Art. 18 de la Proclamación). En 1974, en Bucarest, se insiste en la incorporación de ese derecho en las legislaciones internas de los países integrantes de Naciones Unidas.

Vale la pena señalar que la noción de derechos reproductivos, en la actualidad, es mucho más amplia que la definición de Teherán. Incluye un concepto más abarcativo de salud, que en términos de la Organización Mundial de la Salud debe entenderse como el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos, y no sólo la ausencia de enfermedades. Al aplicar este concepto a la esfera de la reproducción, las mujeres deben tener no sólo la plena libertad para decidir cuándo, cómo y con quién tener hijos, o no tenerlos, sino también las posibilidades de recibir la atención necesaria durante el embarazo y el parto, a fin de garantizar el nacimiento de un ser humano sano y que la experiencia en conjunto no represente riesgos para la mujer.

Aquí conviene detenernos un momento para hacer un par de consideraciones. En primer lugar, los derechos reproductivos —con sus diversas dimensiones y prerrogativas específicas— pudieron constituirse como tales y por lo tanto ingresar en los cuerpos normativos internacionales cuando ya existían las posibilidades —médicas, tecnológicas— de controlar la reproducción humana y el acceso a los métodos anticonceptivos empezaba a generalizarse. No es de extrañar, entonces, que su reconocimiento sea muy posterior a los derechos civiles y políticos —de la primera generación— que sólo requerían una declaratoria con un amplio con-

senso. Ahora bien, los derechos humanos se consideran indivisibles, pero este planteamiento teórico se ve trastocado cuando se habla de la realización sucesiva, aplicable precisamente a la segunda generación, es decir, a los derechos económicos y sociales. De acuerdo con este principio, los gobiernos deben implementar las políticas públicas y emprender las acciones concretas para garantizar el pleno ejercicio de estos derechos, de acuerdo con sus posibilidades y en función de sus recursos. Eso significa que los mecanismos de exigibilidad tampoco son tan precisos como en el caso de los derechos civiles y políticos, que pueden demandarse incluso por la vía judicial. En otras palabras, las generaciones de derechos humanos no solamente aluden a una sucesión histórica sino también a una jerarquía, aunque ésta no se reconozca formalmente.

La segunda consideración se refiere a la obligación de garantizar los derechos humanos. El principal obligado es el Estado, que a través de sus agencias debe, en el caso concreto de los derechos reproductivos, promover el pleno conocimiento de los métodos anticonceptivos, de su uso adecuado, ofrecer servicios gratuitos de planificación familiar, brindar atención a las mujeres embarazadas y realizar actividades de educación sexual. Para asegurar que las decisiones individuales sean tomadas en un marco de libertad y confianza, el Estado debe contribuir con medidas específicas para el empoderamiento de las mujeres. Un primer conjunto de interrogantes se refiere precisamente al cumplimiento de estas obligaciones por parte del Estado; en un segundo momento habría que preguntarse qué sucede cuando las transgresiones a estos derechos son perpetradas por una instancia privada o incluso por una persona; más específicamente, qué posibilidades tiene el Estado de castigar un ultraje cuando no es el transgresor directo de estas libertades individuales.

El artículo de Inés Borjón, “Derechos humanos y perspectiva de género: el caso de los derechos reproductivos (1975-1994)”, empieza con un análisis teórico del concepto tradicional de los derechos humanos y las posibilidades e implicaciones de incluir un enfoque feminista en la concepción de sujeto de derecho; aborda la manera en que la sexualidad y el cuerpo de las mujeres han sido regulados por el derecho y lo acotados que resultan —en la formulación legal y en la práctica concreta— los derechos de las mujeres, donde de manera no sorprendente se sigue privilegiando la función maternal. Después de un recorrido por las normas internacionales y el papel de los organismos de Naciones Unidas en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la autora describe la tra-

yectoria que han recorrido las mujeres mexicanas en la lucha por sus derechos fundamentales. Finalmente, analiza las demandas feministas sobre el aborto, con énfasis en los actores sociales implicados en ese debate que hoy, a inicios del siglo veintiuno, sigue siendo una asignatura pendiente.

El trabajo de Inés Borjón sirve como marco de referencia para el análisis más específico de los otros artículos que integran la tercera parte del libro. Una explicación general y comprehensiva de los derechos humanos resulta útil para entender los casos concretos que se exponen posteriormente: el consentimiento informado y la interrupción del embarazo.

El consentimiento informado es un derecho poco conocido y por lo tanto escasamente ejercido. Su origen en la legislación mexicana data de 1974, cuando se reformó la Constitución política para incluir, en el artículo 4º, la igualdad jurídica de hombres y mujeres, la protección legal a la familia y el derecho de toda persona a decidir, “de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamiento entre los hijos”.²¹

María Vallarta Vázquez, en su artículo “El consentimiento informado: un derecho reproductivo en México”, analiza los conceptos de cuerpo, reproducción y poder, como elementos de un marco teórico indispensable para abordar los derechos reproductivos. Con una visión positivista, la autora utiliza la definición contenida explícitamente en las leyes porque es a partir de ella que puede estudiarse la regulación de los derechos y los mecanismos legales de defensa. Después de un recorrido por las políticas poblacionales de nuestro país, con énfasis en el conflicto de intereses entre las metas demográficas establecidas y el derecho individual a decidir sobre la procreación, María Vallarta emprende una revisión de las investigaciones realizadas sobre derechos reproductivos y centra su atención en el consentimiento informado. El artículo incluye además los resultados de entrevistas a mujeres cuyo derecho fue transgredido y no denunciaron y al abogado que ha litigado dos juicios por imposición de dispositivo intrauterino.

²¹ Vale la pena mencionar que tales reformas se hicieron de manera apresurada y ante la presión de que México sería sede de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1975. Hay que destacar también que en la discusión sobre el derecho reproductivo señalado, los diputados/as insistieron mucho en que la decisión debería ser “responsable e informada”, y que eso significaba continuar con las políticas de control natal emprendidas por el gobierno de Luis Echeverría y un No rotundo a la posibilidad de abortar.

El artículo de María Vallarta permite apreciar cómo a pesar de que el discurso se ha modificado sustancialmente y ahora se habla de salud reproductiva y se reconoce a las mujeres como titulares de derechos básicos como dar su consentimiento pleno para la colocación de un dispositivo en el útero o para cancelar definitivamente la procreación, en la práctica el cuerpo femenino sigue siendo el objeto de las medidas de control natal, independientemente de la voluntad de las usuarias.

Entre los derechos reproductivos, se ha dado un gradual reconocimiento del uso de métodos anticonceptivos, de la libertad de las mujeres para decidir el número de hijos, la importancia del consentimiento informado y los programas de educación sexual. Sin embargo, el camino recorrido termina en un muro infranqueable cuando el tema a discutir es la interrupción del embarazo. Las propuestas de grupos feministas y organizaciones de derechos humanos que subrayan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su reproducción y su vida se enfrentan con los sectores más conservadores como la iglesia católica y el grupo Provida, que defienden los derechos del óvulo fecundado por encima de los de la mujer. La discusión se ha vuelto interminable.

Sin embargo, el aborto es una práctica cotidiana en el país que, precisamente por transcurrir en la clandestinidad, se ha convertido en un problema social de grandes dimensiones y graves consecuencias para las mujeres. No se trata de casos aislados que puedan pasar inadvertidos. A pesar de las limitaciones existentes en materia de estadística —en gran parte por la ilegalidad del hecho— se ha estimado que en México ocurren 800 mil abortos al año.²² Se sabe también que muchas mujeres llegan al hospital en condiciones de urgencia y que muchas otras no alcanzan a llegar. Atravesada por múltiples discursos de condena —jurídico, social, religioso, entre otros— la práctica del aborto implica un estigma para la mujer, que es definida como delincuente, mala madre, desnaturalizada, cruel.

Joaquina Erviti, en su texto “Aborto y apoyo social en México: un estudio con mujeres atendidas en hospitales públicos y privados de Morelos”, analiza diversas experiencias de mujeres que fueron atendidas por abortos en la ciudad de Cuernavaca, Morelos. Todas las mujeres enfrentan las dificultades derivadas de una práctica sancionada por las leyes y

²² Eduardo Barraza. *Abortos y pena en México*, México, Grupo de Información y Reproducción Elegida, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 2003.

condenada socialmente, pero hubo diferencias sustanciales en las vivencias de cada una de ellas según el apoyo social que recibieron. Este último punto es el centro del análisis. A partir de los discursos y prácticas sobre el aborto, la autora revisa cómo se construye el estigma de la mujer que aborta y cómo la experiencia en conjunto se redefine en función de las características de la red social de cada mujer (sus vínculos, su dispersión, el grado de confianza entre sus integrantes, etc.) y la capacidad de movilizar y recibir apoyo.

Finalmente, el artículo de Lucía Rayas y mío, “Derechos humanos y servicios de aborto”, enlaza varios aspectos de la problemática de la interrupción del embarazo. A partir de una noción integral de los derechos humanos y una crítica a la visión tradicional, erigida en múltiples exclusiones, abordamos la regulación legal del aborto en México y señalamos sus inconsistencias y contradicciones. En la última parte revisamos los derechos humanos y las transgresiones específicas que pueden darse en la prestación misma del servicio.

Este libro pretende contribuir al conocimiento de diversos aspectos de la maternidad y la reproducción en el México contemporáneo. Las investigaciones cuyos resultados se presentan en las siguientes páginas son estudios de caso con poblaciones, metodologías y alcances diferentes; los resultados son también específicos. Sin embargo, el conjunto de los textos permite ilustrar la complejidad de estas prácticas sociales, señalar algunas vetas para análisis posteriores y documentar que pese a los avances logrados en materia de derechos reproductivos, en el terreno de la práctica, donde tales derechos adquieren eficacia real, aún falta un largo camino por recorrer.

I
NUEVAS MATERNIDADES

PRÁCTICAS REPRODUCTIVAS EN EL DISTRITO FEDERAL A FINALES DEL SIGLO XX

ÁNGELES SÁNCHEZ BRINGAS¹

Durante las últimas décadas del siglo XX se produjeron cambios significativos en las prácticas reproductivas de mujeres y hombres en México. Este proceso ha implicado, entre otros fenómenos, el uso generalizado de anticonceptivos entre mujeres de todos los sectores socioeconómicos, la notable reducción del número de hijos y la presencia de rasgos novedosos en la nupcialidad, como el incremento de mujeres divorciadas y separadas, el aumento de la soltería en la población masculina y la postergación de las edades para iniciar la relación conyugal y tener a los hijos (Quilodrán, 2001; Oliveira, 1998).

Señalan los estudios que estas transformaciones fueron favorecidas por los grandes cambios sociodemográficos que ocurrieron en el país durante la segunda mitad del siglo XX y que marcaron el paso a un patrón demográfico caracterizado por una fecundidad controlada y una baja mortalidad (Tuirán, 2002; Zavala de Cosío, 1989; Juárez, *et al.*, 1989). Entre 1960 y 2000 la tasa global de fecundidad bajó de 6.3 a 2.4 y la esperanza de vida aumentó de 57.5 años a 75.3 (Mier y Terán, 1989; Welti, 1994; INEGI, 2001). La pirámide de población se vio modificada al incrementarse la proporción de la población en edades productivas y reproductivas en detrimento de la población más joven. Orlandina de Oliveira (1998) indica que este proceso aceleró la formación de nuevas familias y el surgimiento de pautas de nupcialidad más complejas. Por otro lado, estos fenómenos se vieron influidos por las restricciones económicas que afectaron a las familias mexicanas desde los años ochenta, cuando el Estado mexicano inició la reestructuración económica del país. El salario se redujo y el nivel de vida de las familias decreció considerablemente, creando la necesidad de más ingresos y propiciando la en-

¹ Profesora del departamento de Política y Cultura de la UAM-Xochimilco.

trada de mujeres con hijos al mercado de trabajo; asimismo, aumentó el número de jefas de hogar (García y Oliveira, 1994; García, 2000).

El propósito de este artículo es reflexionar sobre las características de las prácticas reproductivas de las mujeres y la influencia de los factores socioeconómicos en la evolución que han seguido las prácticas. Me interesa explorar si los cambios han implicado también modificaciones en las relaciones de género y si dicho proceso varía de acuerdo al estrato socioeconómico.

Este artículo privilegia conocer el papel primordial de la maternidad de estas mujeres, ya sea de familismo y conyugalismo, o bien, como parte de un proceso más amplio de reproducción social (De Barbieri, 1984; García y Oliveira, 1994). Como otros estudios, en éste se considera que los procesos de formación de las familias son instancias de análisis básicas para comprender la transformación de las relaciones de género que prevalecen en los procesos de reproducción cotidiana y generacional (Oliveira, 1998; D'Aubeterre, 2000). En este sentido, exploro la trayectoria laboral, de pareja, sexual y reproductiva de las mujeres durante el proceso de formación de la familia, para observar el papel que juega la maternidad en la estructuración de estas dimensiones vitales.

Para el análisis de esta problemática uso el concepto de prácticas reproductivas que me permite describir los espacios socioculturales en los que se desarrollan las experiencias reproductivas de los individuos; comprende los entramados de relaciones sociales que establecen las mujeres a través de sus experiencias reproductivas, así como las construcciones simbólicas de la cultura —modelos, esquemas, mapas, normas, valores, representaciones, discursos, entre otros— que dan significado a las experiencias.

Las prácticas están atravesadas por las relaciones de género que son relaciones de poder que entablan los individuos en términos de su diferencia sexual, como hombres y mujeres (Nakano, *et al.*, 1994). En muchas sociedades, con base en esta jerarquía se restringe el acceso de las mujeres a los recursos —económicos, políticos, sociales y culturales— y se reduce el ámbito de decisiones sobre su cuerpo y su vida.

Las mujeres reproducen las relaciones jerarquizadas entre hombres y mujeres en sus experiencias reproductivas, y otorgan sentido a sus experiencias con las elaboraciones culturales de género que prevalecen en el grupo social.² Por ejemplo, cuando una mujer da a luz, al mismo tiempo, adquire

² Como otras autoras (Ortner y Whitehead, 1991; Nakano, *et al.*, 1994) distingo las elaboraciones simbólicas del género de las relaciones de género.

re el lugar de madre y con ello asume la responsabilidad de la crianza, las tareas domésticas y la socialización de los hijos e hijas; además, ejercerá la maternidad de acuerdo con ciertas reglas, esquemas y modelos que prevalecen en su contexto sociocultural. Sin embargo, en las relaciones de género el poder circula entre los sujetos, por lo que los lugares jerarquizados se transforman conforme se reproducen. Desde esta perspectiva dinámica de las relaciones de género, las mujeres pueden ganar acceso a los recursos y adquirir más autonomía en su vida sexual y reproductiva; es el caso de aquellas mujeres que, viviendo en sociedades con valores tradicionales, desarrollan una carrera laboral y deciden ser madres, o bien, aquellas que tienen una vida sexual activa y han utilizado anticonceptivos por varios años antes de establecer una relación conyugal e iniciar la maternidad.

Las elaboraciones culturales del género prescriben la forma en que se “debe” ejercer la capacidad sexual y reproductiva de las mujeres y presentan las jerarquías entre hombres y mujeres como si se desprendieran del hecho biológico de dar vida (Nakano, *et al.*, 1994). Algunos estudios sobre la sexualidad en México señalan la existencia de valores culturales tradicionales que regulan la vida sexual y reproductiva de las mujeres a partir del matrimonio, la maternidad y la familia (Amuchástegui, 2001; Szasz, 1998). Si consideramos al matrimonio como un modelo cultural vigente en nuestra sociedad, construido con diferentes significados (matrimonio-familia), observamos que sus prescripciones persiguen dos aspectos importantes: 1) que la mujer inicie su vida sexual, su vida conyugal y su vida reproductiva con el acto matrimonial (civil o religioso) y b) que mantenga estas dimensiones de su vida confinadas a la vida conyugal; esta configuración se sustenta a partir de valores como la virginidad, el amor maternal y la sexualidad para la reproducción.

Por otro lado, ha tenido lugar el surgimiento de nuevos modelos, esquemas, teorías y elaboraciones culturales sobre la maternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja que disocian estas dimensiones de la vida de las mujeres y las consideran campos de interacción con cierta autonomía.³ En esta investigación se buscó la presencia del modelo de significados tradicionales de género y de nuevos valores y significados asociados a la vida sexual, de pareja y reproductiva de las mujeres.

³ Muchas de estas propuestas han surgido del feminismo y de otros movimientos sociales de vanguardia que han retomado el desarrollo del pensamiento científico y filosófico para proponer las nuevas elaboraciones conceptuales.

Cuadro 1. Mujeres encuestadas según sector socioeconómico*

<i>Sector socioeconómico</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Menos de 2.5 salarios mínimos	91	50
2. Más de 2.5 y menos de 10 salarios mínimos	51	28
3. Más de 10 salarios mínimos	39	22
Total	181	100

* Definidos con base en el ingreso mensual familiar.

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta *Familia, salud reproductiva y sexualidad*, 1996.

Este artículo está basado en una investigación que llevé a cabo entre 1996 y 1999 en la ciudad de México (Sánchez, 2003). Realicé el estudio a partir de un análisis de estadísticas censales y de fecundidad, del diseño y aplicación de una encuesta y de entrevistas en profundidad. La información se obtuvo con una muestra de 181 mujeres de 12 a 49 años de edad residentes en el DF y que tenían hijos o estaban esperando el primero. Los criterios de selección fueron la edad, la maternidad y el ingreso. Realicé una estratificación de las mujeres de acuerdo con los ingresos familiares⁴ y definí tres sectores socioeconómicos: el sector de ingresos bajos, el sector de ingresos medios y el sector de ingresos altos (cuadro 1).

Por otro lado, realicé entrevistas en profundidad para describir las experiencias sexuales, laborales, de pareja y reproductivas de las mujeres. En estas entrevistas traté de encontrar los significados culturales asociados a las distintas experiencias. Trabajé con 14 casos: cuatro del sector 1 y 10 de los sectores 2 y 3. Realicé historias de vida, profundizando en el periodo biográfico que va desde que se iniciaron sexualmente hasta que llegaron a ser madres. El criterio para seleccionar a las mujeres fue la diversidad de sus condiciones de vida que enmarcaron el ejercicio de su maternidad; en este sentido, busqué mujeres de distintas edades, con y sin pareja, algunas con problemas de salud,⁵ con maternidad tardía o

⁴ Para la estratificación de la muestra, consideré, por un lado, la estratificación de los hogares hecha por conteo censal de 1995 (INEGI, 1997, p. 51) y, por el otro, las necesidades de la propia investigación, lo que me llevó a modificar los grupos de ingreso, en relación con los del conteo de 1995, y a aumentar la proporción de mujeres en los extremos. Esto se hizo con el propósito de incrementar el contraste entre las prácticas reproductivas de estas mujeres y, evaluar el peso de las condiciones socioeconómicas sobre las prácticas reproductivas.

⁵ Una de las entrevistadas padecía desde joven una enfermedad crónico-degenerativa; otra tuvo problemas de infertilidad y se sometió a varios tratamientos.

muy temprana y con sentimientos claramente ambivalentes hacia la maternidad.⁶

EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO DEL ESTUDIO

El descenso de la fecundidad en el Distrito Federal ha sido notable, desde 1975 esta entidad mantuvo la tasa de fecundidad más baja del país, pasó de 6.3 en 1960, a 3.5 en 1980 y a 1.8 en 2000 (Mier y Terán, 1989; Zavala de Cosío, 1989; INEGI, 2001). Asimismo, en 40 años hubo cambios importantes en la estructura de su población y en el comportamiento reproductivo de las mujeres. Hubo una reducción muy pronunciada de la población menor de 15 años, que en 2000 representó 26.5% de la población total, en comparación con el 34% que se registró a nivel nacional; en el mismo sentido, sobresale un decremento fuerte de mujeres de 15 a 24 años que en 2000 representaba el 33% del total de mujeres en edad reproductiva, mientras que esta cifra fue de 38% en la República Mexicana.

Durante ese periodo las estadísticas muestran los siguientes cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres del DF: a) una reducción de la fecundidad de las mujeres en edad reproductiva; b) una baja drástica de la fecundidad de las mujeres en edades extremas (antes de los 20 años y después de los 40); c) un cambio en el calendario y temporalidad de la fecundidad; en la década de los 90, la mayoría tuvo a sus hijos entre los 20 y los 29 años; además, también se pudo apreciar en las estadísticas un grupo reducido de mujeres que iniciaron la procreación entre los 25 y 35 años (Sánchez y Menkes, 2000).

No obstante, los cambios en el comportamiento reproductivo no afectaron de la misma manera a todas las mujeres en edad reproductiva; ya que factores económicos, sociales y culturales —como las diferencias en el ingreso familiar y en el acceso al empleo; los distintos niveles de escolaridad, la condición de pareja, el lugar que ocupa la mujer en la familia y la pertenencia a distintos tipos de arreglos familiares— influyeron de manera determinante en su conducta reproductiva.

⁶ En dos de los casos las mujeres habían decidido embarazarse, pero, después del nacimiento, se sorprendieron ante sus sentimientos de rechazo a la maternidad. Una de ellas golpeaba frecuentemente a su hijo.

En un estudio sobre la fecundidad de las mujeres en el DF (Sánchez y Menkes, 2000), las autoras señalan que en 1992, las tasas de fecundidad más bajas se registraron en mujeres con actividad remunerada (1.3) que probablemente contaban con una mejor situación socioeconómica (más ingreso y más escolaridad) que las mujeres sin actividad remunerada. Por otro lado, la existencia de vida marital incrementó la fecundidad, aun la de mujeres con actividad remunerada (2.5) o mujeres con escolaridad de secundaria o más (3.1). Las tasas de fecundidad más altas se registraron en mujeres viviendo en pareja, sin escolaridad (3.9) y sin actividad remunerada (3.7). Finalmente, las autoras señalan que a pesar de que el DF ha presentado la tasa de fecundidad más baja del país, a la vez, exhibe la variedad de patrones reproductivos existentes en la República Mexicana.

2. LAS PRÁCTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

La conducta reproductiva de las mujeres del estudio fue diferente a la de generaciones previas. Si la comparamos con la generación de sus madres, ésta se caracterizó no sólo por una baja fecundidad y por el retraso de la edad a la que vivieron en pareja y a la que tuvieron a los hijos; sino también por la existencia generalizada de relaciones sexuales antes de la vida conyugal y la reducción en la diferencia de edad entre la pareja, así como la ruptura de las relaciones conyugales y el establecimiento de varias relaciones de pareja durante la vida reproductiva.

Las mujeres del estudio tuvieron a sus hijos entre los 20 y los 29 años; el promedio de hijos por mujer fue de 1.9,⁷ mientras que el promedio entre las madres de las entrevistadas fue de 5.8 hijos por mujer; 87% de las mujeres del estudio tuvo máximo tres hijos, en cambio 84% de sus madres tuvo más de cuatro hijos.⁸ El bajo número de hijos se explica por

⁷ En 1994 una encuesta nacional registró un promedio de 1.7 hijos por mujer en el área metropolitana de la ciudad de México, este promedio fue sacado tomando en cuenta el total de mujeres en edad fértil (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1994).

⁸ Considerando que el promedio de edad de las mujeres del estudio fue de 31.6 años y la moda de 30 años, las mujeres del estudio tenían una fecundidad incompleta, mientras que sus madres ya habían concluido su vida reproductiva; sin embargo, de acuerdo con las tendencias observadas en otros estudios, el tamaño de la descendencia de las entrevistadas no sería mucho mayor.

el alto porcentaje (71%) de mujeres que utilizaban anticonceptivos modernos en el momento de la encuesta.⁹ Sin embargo, hay que señalar que 68% de las mujeres no utilizó anticonceptivos antes de vivir con la pareja y 58% los comenzó a utilizar una vez que tuvieron al menos el primer hijo (cuadro 5). Al igual que en el resto del país, los métodos anticonceptivos más utilizados fueron la esterilización y el dispositivo intrauterino.

Por otro lado, se apreciaron importantes diferencias en algunos eventos reproductivos de las parejas varones de las encuestadas, en comparación con los de ellas. En primer lugar, la mayoría de las mujeres reportó que su pareja tenía un número mayor de hijos que ellas; el promedio fue 2.1 hijos por hombre. En segundo lugar, 40% de las mujeres informó que su pareja había vivido o había tenido hijos con más de una mujer, mientras que sólo 20% de las encuestadas declaró haber tenido más de una pareja. Finalmente, la mayoría se relacionó con hombres más grandes que ellas (70%) y la diferencia de edad se incrementó a partir de la segunda pareja.

En lo que se refiere a la relación entre el inicio de la vida sexual, la vida conyugal y la reproductiva, encontré que casi tres cuartas partes de las mujeres encuestadas tuvieron relaciones sexuales antes de la vida marital; sólo una cuarta parte inició simultáneamente la vida en pareja, la vida sexual, y la maternidad. En general, las mujeres del estudio iniciaron primero su vida sexual (a la edad promedio de 19 años) y después iniciaron su vida de pareja (a la edad promedio de 21 años). Sin embargo, la mayoría ejerció su actividad sexual sin utilizar anticonceptivos, por lo que estuvo estrechamente vinculada a la procreación. Entre las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de vivir en pareja, únicamente 28% utilizó anticonceptivos, mientras que 68% no utilizó ningún anticonceptivo (cuadro 5). El bajo uso de anticonceptivos al inicio de la vida sexual fue la causa del alto índice de embarazos; 46% de las mujeres se embarazaron durante el primer año de iniciada su vida sexual. Algunos de los embarazos implicaron el rompimiento de la relación de pareja; 20% de las mujeres de la muestra tuvieron al menos un hijo sin vivir en pareja o rompieron con la pareja cuando nació el hijo.

⁹ Si bien no obtuve datos sobre la prevalencia de anticonceptivos entre las madres de las entrevistadas, supongo que ésta fue mucho menor, tanto por los datos sobre su descendencia como por pertenecer a las generaciones de mujeres que tuvieron menos acceso a los anticonceptivos durante su vida reproductiva.

Los abortos fueron frecuentes en la población estudiada, 29% declaró haber tenido al menos uno, 14% dijo haber decidido al menos un aborto y 18% declaró haber tenido al menos un aborto que se produjo por causas naturales. Sin embargo, podemos pensar que el número de abortos decididos fue mayor al declarado si tomamos en cuenta que el carácter clandestino de esta práctica influyó en las respuestas de las mujeres. Entre las mujeres del estudio, 18% tuvo un aborto al inicio de la vida sexual, antes de los hijos, y 10% declaró que la decisión de abortar estuvo relacionada con el rechazo del embarazo por parte de la pareja (por lo general un amigo o el novio). También los abortos se llevaron a cabo después de que las mujeres tuvieron hijos y en el 14% se presentó en el contexto del rompimiento de la pareja.

Estas mujeres vivieron la maternidad en un ambiente sociocultural en el que la crianza era considerada una responsabilidad básicamente de la madre. La mayoría de las mujeres asalariadas, especialmente de los estratos 1 y 2, desconocían las prestaciones a las que tenían derecho; la mayoría ejerció su maternidad sin ningún tipo de apoyo social —guarderías, licencia de maternidad y otras prestaciones—. Ante la maternidad, las mujeres del estudio tuvieron que optar entre la disyuntiva de salir del mercado de trabajo o permanecer fuera de éste si no tenían una actividad remunerada, y vivir bajo condiciones socioeconómicas precarias; o bien, un desgaste extra al vivir simultáneamente la crianza con la actividad remunerada.

De las mujeres de la muestra, 62% trabajaba antes del nacimiento del último hijo/a y 38% no trabajaba. Sin embargo, con el nacimiento del hijo/a algunas de las mujeres que trabajaban dejaron la actividad remunerada para dedicarse de tiempo completo a la crianza y a las tareas del hogar; de tal manera que 44% continuó con su actividad remunerada y 56% la suspendió.

La cotidianidad de las mujeres que laboraban fuera del hogar fue bastante difícil pues únicamente 33% contó con licencia de maternidad —la mayoría pertenecían al sector socioeconómico de ingresos altos—. Esto se debió a que, por un lado, un número considerable de mujeres tuvo que buscar un nuevo empleo para incrementar sus ingresos familiares y, por otro, muchas de las que mantuvieron el mismo empleo desempeñaban trabajos en el sector informal. Estas mujeres tuvieron que cambiar el lugar de trabajo, modificar las actividades laborales o buscar ayuda de otras mujeres para el cuidado de los hijos/as.

A pesar de las características compartidas por las mujeres del estudio, encontré diferentes prácticas reproductivas entre los sectores socioeconómicos, sobre todo entre los sectores 1 y 3 (los de mayores y menores ingresos); el sector 2 presentó prácticas con algunas características semejantes a las del sector 1 y otras similares a las del sector 3. A continuación describo las prácticas reproductivas en cada sector socioeconómico y las ejemplifico con los casos de tres mujeres, una de cada sector.

Las prácticas reproductivas de algunas mujeres del sector 1

El sector 1 estuvo integrado por mujeres con ingresos familiares no mayores a 2.5 salarios mínimos, que radicaban en colonias populares y provenían de familias trabajadoras del sector formal e informal. Tenían una escolaridad media de secundaria, aunque una tercera parte eran mujeres analfabetas o con estudios de primaria. Estas mujeres reportaron el porcentaje más alto de migración (31%) y las condiciones de vivienda más precarias, en comparación con los otros dos sectores. Como lo muestran los cuadros 2 y 3, representaron el índice más bajo de mujeres con actividad remunerada (40%) —tenían trabajos no calificados y mal pagados— y principiaron su actividad laboral a edades muy tempranas (32% comenzó antes de los 15 años). En su mayoría tuvieron que interrumpir la actividad laboral para dedicarse a la crianza de los hijos y posteriormente la retomaron para cubrir los gastos de la familia, en especial en el momento en que los hijos entraron a la escuela.

Las mujeres del sector 1 tuvieron el mayor número de hijos de la muestra (2.1) e iniciaron más jóvenes la maternidad; 86% tuvo su primer hijo/a antes de los 25 años (cuadro 4). El 82% tuvo relaciones sexuales antes de la vida conyugal y empezó la vida en pareja al mismo tiempo que la maternidad. El sector 1 presentó el índice más bajo (62%) de mujeres que

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres por sector socioeconómico según actividad remunerada

	<i>Sector 1</i>	<i>Sector 2</i>	<i>Sector 3</i>	<i>Totales</i>
Con actividad remunerada	40	80	77	59
Sin actividad remunerada	60	20	23	41
Total	100	100	100	100
$n_1 =$	91	51	39	181

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres por sector socioeconómico según la edad a la que empezaron a participar en el mercado de trabajo

<i>Grupos de edad</i>	<i>Sector 1</i>	<i>Sector 2</i>	<i>Sector 3</i>	<i>Total</i>
Menos de 15 años	32	8	3	20
Entre 15 y 19 años	43	58	50	53
Entre 20 y 24 años	8	28	44	23
Entre 25 y 29 años	2	0	3	2
30 o más años	0	6	0	2
Total	100	100	100	100
$n_i =$	77	50	39	166

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta *Familia, salud reproductiva y sexualidad*, 1996.

estaban utilizando anticonceptivos en el momento de la encuesta; 23% nunca los había utilizado. Además, las que sí habían utilizado anticonceptivos iniciaron su uso después de que tuvieron al menos el primer hijo (86%) para espaciar los nacimientos o para terminar con la vida reproductiva (cuadro 5). La ruptura de pareja se dio en un rango bajo (11%) y en su mayoría no volvieron a entablar otra relación de pareja. Las mujeres del sector presentaron el índice de abortos más bajo de la muestra (15%).

En el sector 1, las mujeres manejaron significados que fusionaron su vida sexual, su vida conyugal y su vida reproductiva. Es decir, los valores que imperaron en este grupo social restringían el ejercicio de la sexualidad de las mujeres a la relación conyugal, su ejercicio fuera de este contexto era severamente sancionado. A pesar de que el rito matrimonial no era tan importante en este grupo social para legitimar la relación conyugal, las mujeres tenían el deber de formar una familia. De las cuatro mujeres entrevistadas del sector, tres vivían en unión libre; sin embargo, pa-

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres por sector socioeconómico según la edad en la que tuvieron el primer hijo

<i>Edad al primer hijo</i>	<i>Sector 1</i>	<i>Sector 2</i>	<i>Sector 3</i>	<i>Total</i>
De 12 a 19 años	35	13	11	23
De 20 a 24 años	51	44	21	42
De 25 a 29 años	12	27	42	23
De 30 a 34 años	2	10	18	8
De 35 a 44 años	0	6	8	3
Total	100	100	100	100
$n_i =$	83	48	38	169
Promedio de hijos	2.1	1.5	1.8	1.9

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta *Familia, salud reproductiva y sexualidad*, 1996.

Cuadro 5. Porcentaje de mujeres por sector socioeconómico según inicio del uso de anticonceptivos

	<i>Sector 1</i>	<i>Sector 2</i>	<i>Sector 3</i>	<i>Total</i>
Usuarías actuales	62	75	87	71
Alguna vez usuarias	15	17	13	15
Nunca usuarias	23	8	0	14
Total	100	100	100	100
$n_i =$	91	51	39	181
Usó anticonceptivos antes de vivir con pareja	6	34	59	28
No usó anticonceptivos antes de vivir con pareja	90	57	41	68
Nunca ha vivido en pareja	4	9	0	4
Total	100	100	100	100
$n_i =$	70	4447	39	156
Usó anticonceptivos antes de tener hijos	14	49	82	42
Usó anticonceptivos después de tener hijos	86	51	18	58
Total	100	100	100	100
$n_i =$	70	47	39	156
Ha tenido algún aborto	15	37	51	29
No ha tenido abortos	85	63	49	71
Total	100	100	100	100
$n_i =$	91	51	39	181

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta *Familia, salud reproductiva y sexualidad*, 1996.

ra todas, la virginidad y la fidelidad femeninas eran muy importantes. Estas mujeres habían comenzado su vida de pareja a raíz de un embarazo esperando que con un hijo el hombre aceptaría la vida marital, pero la pérdida de la virginidad las llevó a vivir situaciones de marginación, soledad y violencia para conseguir la relación conyugal, pues la pareja cuestionaba constantemente la paternidad de los hijos. En el sector, la figura del padre-abastecedor jugó un rol importante para que las mujeres se dedicaran de tiempo completo a la crianza temprana, sin embargo, con frecuencia esta representación entraba en contradicción con sus experiencias, por lo que muchas buscaron una actividad remunerada apenas pudieron resolver el problema del cuidado de los hijos.

María:

Yo creí que él regresaba porque me quería... Pero cuando me embaracé... Me di cuenta que lo que quería era tener relaciones sexuales... Se quitó del compromiso y me dejó con el paquete.

María era una mujer de 48 años, en el momento del estudio trabajaba en una delegación en el DF y tenía un ingreso de 2.5 salarios mínimos. Había vivido durante 18 años con un hombre que la maltrataba y se había separado de él. Era madre de tres hijos de 23, 22 y 19 años; y vivía con sus dos hijos menores, el mayor había dejado el hogar varios años antes. Con este caso quiero ilustrar las dificultades que tuvo esta mujer para tomar decisiones en los ámbitos de la pareja y la vida reproductiva. María fue socializada bajo los valores tradicionales que definen la sexualidad femenina como un instrumento para consolidar la relación de pareja y para la procreación. Por otro lado, su formación académica y el mundo laboral constituyeron ámbitos que, por muchos años, generaron tensiones en su vida familiar. La dificultad para separarse y para controlar su descendencia muestra cómo los valores tradicionales juegan un papel muy importante hasta que las mujeres adquieren independencia económica y un ámbito propio de relaciones sociales que les proporciona cierta autonomía.

María había nacido en un pueblo de Veracruz; su familia emigró a la capital apenas iniciada la década de los cincuenta. Era la quinta de una familia de nueve hijos, pero los tres mayores murieron cuando todavía eran muy pequeños. Su padre había trabajado como obrero en una peletería y su madre había realizado muchas actividades para “completar” el gasto: lavaba ropa ajena, cosía ropa para niño, puso una tienda y posteriormente una tortillería. María se incorporó al trabajo extradoméstico desde niña —primero a la costura y luego despachaba en la tienda y, posteriormente, en la tortillería— a la vez que “ayudaba” a su madre en las tareas de la casa. A diferencia de sus padres, María tuvo la oportunidad de una mayor escolaridad, cursó la primaria en una escuela oficial, en una escuela técnica aprendió corte y confección, tuvo que interrumpir su aprendizaje por un tiempo, pero posteriormente ingresó en una secundaria oficial en Iztapalapa.

María tuvo una infancia con carencias. Cuando llegaron a la ciudad de México residieron en la colonia Doctores; después se mudaron al oriente de la ciudad donde rentaron una vivienda en una vecindad de cuartos de madera con techos de lámina. Compartían el baño con otras familias; las mujeres lavaban la ropa en lavaderos contiguos y los niños jugaban a las orillas del río la Piedad. Posteriormente, sus padres compraron un terreno cerca de donde vivían, y entre toda la familia construyeron dos cuartos y una letrina. Su padre era alcohólico y golpeaba a su

madre; a los 10 años María tenía que buscar a su padre cada viernes en la pulquería y pedirle la “raya” para el gasto familiar.

En la vida de María el desarrollo de su sexualidad estuvo vinculado directamente con nociones sobre la procreación. Por ejemplo, en su relato de la menstruación sobresale la asociación implícita que hacía su madre del cuerpo femenino con la práctica erótica y el embarazo.

Una vez, cuando tenía 12 años, mi mamá me llevó al baño... Y me empezó a hablar acerca de lo que era la menstruación... Que tenía yo que CUIDARME... Y usar esos “trapitos”... Y lavarlos cuando nadie me viera... Y cuidar de no mancharme...

—“Cuidadito y vayas a hacer ALGO... Porque tu padre te mata si llegas a cometer alguna tontería—”.

¿Tontería? ¿En qué sentido? ¡Era como una amenaza!

Cuando María era adolescente le interesaba atraer la mirada de los compañeros de escuela. Sin embargo, al igual que muchas mujeres del sector, los hombres (padres, hermanos, tíos, primos) sentían el derecho de propiedad sobre los cuerpos de las mujeres de la familia; restringían su movimiento, su vida social y amenazaban, vigilaban y castigaban su vida afectiva y erótica. María tuvo un novio con el que se escondía en los tiraderos de basura para evitar la mirada de sus familiares; en una ocasión el novio la golpeó y la forzó a tener relaciones sexuales.

Después de esa violación y a pesar de la vigilancia de sus familiares, María tuvo varios novios. A los 24 años entabló la relación con Francisco, el padre de sus hijos; poco a poco comenzó a tener con él intercambios de caricias “más atrevidas”, convencida de que esa relación “era algo definitivo”, aunque se sentía incómoda porque ya no era virgen. En una ocasión María le habló a Francisco de la violación, pues buscaba comprensión y confianza, pero él se enojó y rompió con ella. Poco tiempo después volvió a buscarla, María pensó que había reconocido el amor que sentía por ella. Tuvieron relaciones sexuales y María no utilizó anticonceptivos, antes de un mes se dio cuenta que estaba embarazada. Cuando le informó a Francisco del embarazo, la rechazó y rompió la relación, aseguraba que ese hijo no era suyo.

A los tres meses de embarazo María salió de casa de sus padres y se fue a vivir con una tía y su familia en un cuarto de portería en el Centro. La incómoda situación la llevó, tres meses después, a buscar hospedaje

con otra tía y sus dos hijas en un cuarto de azotea en la colonia Narvar-te; también fue muy difícil para ella vivir en ese lugar y, un poco antes del nacimiento de su hijo, regresó a casa de sus padres. Para María, la convivencia con su familia fue humillante, tenía que aguantar “las críticas y las burlas” de su padre y sus hermanos.

Nació su hijo con ayuda de una partera en casa de sus padres. Antes de cumplir el mes de haber dado a luz, María se fue a vivir con el padre de su hijo, pues la había ido a buscar para conocer al bebé y, como ella relató... “el niño se ganó a su papá”. Tres meses después del nacimiento, volvió a embarazarse y cuando se lo anunció la golpeó por primera vez; de nuevo Francisco negaba ser el padre del futuro hijo. María regresó a vivir a casa de sus padres, donde permaneció hasta el nacimiento de su segundo hijo; y al mes volvió con Francisco. María no utilizaba anticonceptivos y a los 29 años tuvo a su tercer hijo y unos meses después del nacimiento volvió a embarazarse por cuarta vez. Su pareja ya la golpeaba con frecuencia, por celos principalmente; cuando supo del embarazo la amenazó con abandonarla si tenía al hijo. María buscó los servicios de una comadrona que le practicó un aborto, pero sin éxito. El niño nació con vida pero murió a los pocos días, lo que la hizo sentir que la muerte estaba relacionada con las circunstancias del aborto.

Todos sus hijos habían nacido por parto y, con excepción del primero, los últimos tres en clínicas de salud pública. Después del último embarazo le colocaron un dispositivo intrauterino que usó por varios años, se lo cambiaron varias veces. A los 36 años le diagnosticaron cáncer en el útero y le practicaron una histerectomía.

Desde el inicio de su vida conyugal las dificultades económicas fueron constantes, Francisco no tenía trabajo fijo; durante el segundo embarazo, ella consiguió un empleo como afanadora en una clínica de la Secretaría de Salud, que le permitió mantener a la familia. Con el nacimiento tuvo una licencia de maternidad por tres meses y, posteriormente, se incorporó al trabajo. Por cortos periodos contrató los servicios de varias trabajadoras domésticas para el cuidado de los niños, pero no le alcanzaba el dinero para hacer ese gasto. Durante el día María limpiaba la casa, hacía las compras y la comida; trabajaba de las 3:00 de la tarde a las 10:00 de la noche. Con su tercer hijo dejó de trabajar, su hijo se enfermó y fue hospitalizado y su esposo ya tenía un trabajo fijo, como chofer en una empresa. Varios años después retomó su actividad laboral, cuando sus hijos ya asistían a la escuela.

Para las mujeres del sector la crianza fue una tarea pesada y solitaria que demandaba mucho trabajo; con el primer hijo y durante los primeros meses, la madre experimentaba un cambio radical en su vida al hacerse cargo de la constante demanda del bebé. Estas mujeres empleaban para la crianza los elementos básicos: pañales, ropa, biberones, una cuna que utilizaban con varios hijos. La nueva madre iba aprendiendo cotidianamente con los consejos de otras mujeres, y en particular con los de la propia madre. María, como muchas otras mujeres del sector, no pudo contar con la ayuda de su madre quien tenía trabajo extradoméstico.

María retomó su actividad laboral cuando sus hijos entraron a la primaria. Sin embargo, mantuvo la relación con su marido durante 18 años a pesar de que la golpeada frecuentemente. María nunca pudo controlar su fecundidad para ejercer su sexualidad desligada de la procreación; lo hizo después de cuatro hijos, de la muerte del último y bajo la amenaza de abandono por parte de su esposo. A la edad de 44 entró a un partido político en el que trabajó intensamente y estableció fuertes relaciones de amistad con algunas mujeres. Varias circunstancias contribuyeron a que María se pudiera separar de su marido; en primer lugar, María había concluido su vida reproductiva, sus hijos habían crecido y le habían practicado una histerectomía. En segundo lugar, María había consolidado un mundo de intereses propios claramente diferenciados de su vida familiar, además de una vida social independiente de la familia y de su pareja.

Las prácticas reproductivas de algunas mujeres del sector 2

Las mujeres del sector 2 declararon ingresos familiares entre 2.5 y 10 salarios mínimos; eran hijas de familias trabajadoras que a través de la instrucción escolar lograron mejorar su situación socioeconómica. Ellas y sus esposos eran empleados de oficinas, de instituciones de educación, de hospitales, de empresas privadas. Las mujeres de ingresos medios mostraron mejores condiciones de vivienda que las del sector 1 y una escolaridad significativamente superior, pues 72% contaba con estudios por arriba de la secundaria; también presentaron un porcentaje mayor de mujeres nacidas en el DF (78%). Iniciaron su actividad laboral más grandes que las mujeres del sector 1, la mayoría entre los 15 y los 20 años; 80% trabajaba por una remuneración económica y tenía trabajos mejor pagados (cuadros 2 y 3).

Las mujeres del sector 2 tuvieron el menor número de hijos de la muestra, el promedio fue de 1.5 y postergaron aún más que las del sector 1, el inicio de la vida en pareja y la edad en que tuvieron su primer hijo; un poco más de la mitad antes de los 25 años y casi la mitad fueron mujeres que iniciaron su maternidad después de los 24 (cuadro 4). Al igual que las mujeres del sector 1, la mayoría de las mujeres del sector 2 se dedicó de tiempo completo a la crianza temprana y se incorporó al trabajo extradoméstico después de haber terminado de criar a los hijos; sin embargo, una tercera parte inició el trabajo extradoméstico antes de la maternidad y no lo interrumpió por la crianza; esto sucedió principalmente entre las madres que no tenían pareja y que contaron con la ayuda de la propia madre o hermanas para el cuidado de los hijos.

Entre las mujeres del sector 2 se encontró el mayor porcentaje de mujeres sin pareja, muchas de ellas jefas de familia. El rompimiento de la relación de pareja se presentó en 27% de los casos. Al momento de la encuesta, 75% de las mujeres del sector estaba utilizando anticonceptivos, mientras que sólo 8% nunca los había utilizado. Sin embargo, de manera similar a las mujeres del sector 1, más de la mitad de las mujeres de este sector utilizaron anticonceptivos después de que tuvieron al menos el primer hijo (cuadro 5) y también para espaciar los nacimientos y para terminar con la vida reproductiva. Sin embargo, 34% inició su uso antes de vivir en pareja y de tener a los hijos; los abortos fueron más frecuentes (37%) y ocurrieron antes y después de los hijos.

Las mujeres del sector 2 presentaron dos tipos de prácticas reproductivas; uno similar al de las mujeres del sector 1, que consistió en la fusión de la vida sexual, de pareja y reproductiva, y otro diferente que implicó vivir la maternidad fuera de la relación conyugal, pero con grandes dificultades para ejercer la vida sexual desligada de la pareja y la procreación. En esta segunda práctica, las mujeres atribuyeron significados de autonomía e independencia a sus experiencias laborales y a algunas de sus experiencias sexuales, pero en aquellas experiencias que les parecieron importantes manejaron los significados de familia conyugal y buscaron entablar la relación de pareja para tener hijos/as.

Carmina:

Tuve relaciones sexuales con varios novios... Y tuve un aborto muy chica... Y ahora me volvió a pasar... Pero cuando le dije que estaba embarazada le dio gusto... Pensé que era el hombre ideal... Pero me equivoqué.

Este caso caracteriza la ambivalencia de las mujeres que se enfrentan a fuertes tensiones entre los distintos ámbitos de sus vidas. Carmina era una mujer profesionista que vivía en un mundo de muchas contradicciones. Por un lado, ejerció su sexualidad y utilizó anticonceptivos antes de la relación conyugal, además de iniciar una carrera laboral; por otro, una vez que se casó, vivió sus experiencias sexuales y de pareja a través de relaciones de subordinación y dependencia.

Carmina se estaba divorciando, tenía 26 años y vivía con su hija, sus padres y sus hermanos, al norte de la ciudad, en un departamento que tenía tres recámaras, sala-comedor, una cocina y dos baños. Sus padres le asignaron una recámara para ella y su hija, en espera de que en el corto plazo resolviera su situación personal. Carmina nació en el DF, en una familia de clase media; era la segunda de tres hijos; tenía un hermano soltero de 28 años y una hermana soltera de 22. Su padre había trabajado como empleado administrativo en una fábrica, y ya se había jubilado; su madre se dedicó a las tareas del hogar hasta que los hijos fueron adolescentes, a partir de entonces, comenzó a trabajar en unas oficinas de bienes raíces. Carmina estudió la primaria y la secundaria en escuelas oficiales; además, estudió la preparatoria y la carrera profesional en la UNAM. Trabajó desde los 15 años, para subsidiar sus gastos personales.

Carmina, como muchas mujeres del sector 2, había estudiado en la universidad y había construido una red propia de relaciones personales con hombres y mujeres. Tuvo varios novios y a los 15 años inició sus relaciones sexuales; durante los primeros años no utilizó anticonceptivos. A los 17 años quedó embarazada por primera vez y abortó; su novio tenía 18 años; él se negó a tener un hijo, rompió con ella y no lo volvió a ver. Después del aborto Carmina comenzó a tomar pastillas anticonceptivas, las tomó durante tres años seguidos; posteriormente, alternaba los preservativos con las pastillas. De los 18 a los 25 mantuvo relaciones de intimidad sexual con varios amigos y novios.

Cuando Carmina terminó sus estudios vivía con sus padres; daba clases en una preparatoria y asesoraba proyectos; ganaba alrededor de 5 mil pesos al mes, que le permitían ahorrar y contribuir al gasto familiar con 2 mil pesos mensuales. Pudo comprarse un automóvil, vestirse bien y divertirse. A los 25 años conoció a su marido, tres meses después se embarazó accidentalmente, pues olvidó tomarse las pastillas anticonceptivas.

Cuando conocí a mi marido toda mi vida se vino abajo... Lo primero que tuve fue un accidente en mi coche... Además, se terminaron los proyectos y, como falté a la escuela por el accidente, me quitaron las clases... Él me ayudó, sacó mi coche del taller... Después resultó que estaba embarazada... En octubre me embaracé y en enero nos casamos.

La boda fue rápida y sencilla. Carmina y su esposo se fueron a vivir a una ciudad de provincia. Carmina tuvo problemas en el embarazo que la obligaron a guardar reposo desde el cuarto mes. El marido se hizo cargo de la manutención pero de manera ambivalente, pues, por un lado, la insultaba y le reprochaba que fuera una mujer inútil y dependiente y, por otro, le decía que no se preocupara, que disfrutara su embarazo, que nada le iba a faltar. A los siete meses de embarazo, el marido comenzó a salir con su secretaria y una vez que Carmina dio a luz la corrió de la casa. Comenzaron los trámites del divorcio y Carmina se fue a vivir con sus padres, quienes le proporcionaron casa y comida, pero necesitaba un empleo para costear sus gastos y los de la niña. Finalmente decidió vender ropa de segunda mano en un tianguis, pues no tenía quien le cuidara a su hija, ni tampoco dinero para inscribirla en una guardería. Su experiencia en el tianguis no fue fácil, pronto comenzó a tener problemas con otros vendedores ambulantes. Después hizo pasteles y los iba a vender a la salida de las iglesias los domingos.

La crianza de la niña fue parecida a la reportada en el sector 1, fue significativo que durante las entrevistas Carmina no mencionara el nombre de su hija; a pesar de que tuvo complicaciones habló muy escuetamente del embarazo y el parto. Su interés estuvo depositado en la pareja. Carmina dormía con su hija en la misma cama y la llevaba a todos lados, a vender ropa y pasteles, a solicitar trabajo y a visitar a sus amigas; le daba de comer de su plato y utilizaba un máximo de cuatro pañales al día. Además, tenía una silla de bebé para el automóvil y una carriola, los dos artículos los compró de segunda mano.

Carmina, después de un aborto, utilizó anticonceptivos y ejerció su sexualidad fuera de la relación conyugal, sin buscar un embarazo. Sin embargo, cuando estableció una relación significativa retomó los valores tradicionales —hombre abastecedor, maternidad como proyecto central, fidelidad conyugal— y trató de adaptar su experiencia a ellos, sin mucho éxito. A pesar de ser una profesionista y tener empleo, una vez que Carmina entabló la relación conyugal perdió la independencia económica y quedó a la deriva, sin poder hacerse cargo de ella y de su hija.

Las prácticas reproductivas en el sector 3

Las mujeres del sector 3 declararon ingresos familiares superiores a los 10 salarios mínimos, por lo que presentaron las condiciones económicas y sociales más favorables de la muestra y el porcentaje más alto de nativas del DF (82%). Radicaban en colonias de clase media y media alta de la ciudad; sus viviendas eran amplias y contaban con servicios y artículos de consumo que contrastaban con los de los otros dos sectores (número de cuartos, de focos, de regaderas y escusados; uso de artículos electrodomésticos, computadora, automóvil, televisor, etc.) Tenían un alto nivel de escolaridad, 90% contaba con estudios de preparatoria o profesionales; ellas eran profesionistas o esposas de profesionistas.

Como lo muestra el cuadro 2, la gran mayoría de las mujeres del sector 3 tenía una actividad remunerada y disponía de los trabajos mejor calificados de la muestra. Estas mujeres comenzaron su actividad laboral a una edad mayor que las de los otros dos sectores —47% lo hizo después de los 20— y muchas tuvieron que trabajar mientras estudiaban (cuadro 3). Las mujeres del sector 3 reportaron contribuir con un ingreso importante para el gasto familiar, a veces superior al de la pareja.

El promedio de hijos por mujer en este sector fue 1.8. En el sector 3, las mujeres retrasaron el inicio de la maternidad más tiempo (cuadro 4); la mayoría la inició entre los 25 y 29 años, pero también algunas después de los 30 e incluso después de los 40 años. A diferencia de las mujeres de los otros dos sectores, la mayoría (60%) tuvo una actividad laboral antes de la maternidad que no se vio interrumpida por la crianza; las mujeres contaron con servicio doméstico y con guarderías para apoyar la crianza, y en menor medida con la ayuda de la madre o hermanas. Otro aspecto que distinguió a las mujeres del sector 3 fue una proporción mayor (33%) de mujeres con varias parejas durante la vida reproductiva y el ejercicio de una vida sexual activa independientemente de la vida en pareja; es decir, las mujeres de este sector tuvieron experiencias amorosas y sexuales con amigos y novios y no se restringieron a la vida conyugal para ejercer su vida sexual. Además, estas mujeres tuvieron una diferencia de edad más amplia con sus parejas, sobre todo las que vivían con su segunda o tercera pareja.

En este sector todas las mujeres habían utilizado anticonceptivos, 87% los utilizaban en el momento de la encuesta. Como se puede ver en el cuadro 5, a diferencia de los otros dos sectores, las mujeres del sector 3 usaron anticonceptivos para ejercer una vida sexual separada de la procreación. Si

bien la mayoría inició la vida sexual sin utilizar anticonceptivos, el uso de estos comenzó antes de la vida en pareja (59%) y antes de tener a los hijos (82%). En este sector se registró un mayor número de abortos (51%).

Las mujeres del sector 3 presentaron prácticas que separaron claramente la vida sexual, de pareja y reproductiva; lograron distanciarse de los valores tradicionales de género y tuvieron experiencias amorosas y sexuales sin buscar la procreación y la formación de una familia. Las mujeres del sector buscaban una vida sexual satisfactoria con la pareja y pugnaban por una relación más equitativa que la tradicional; desarrollaban intereses personales independientes de la maternidad. Si bien la representación de la familia tradicional —con una división sexual del trabajo en la que la mujer es responsable de la crianza y las labores del hogar y el hombre se encarga de la manutención— estuvo presente y cobró importancia en ciertos periodos de la vida reproductiva, las mujeres de este estrato social evaluaron las ventajas y desventajas de la procreación para la toma de decisiones en este ámbito de su vida.

Mariana:

Yo tenía planeado tener dos o tres hijos, pero cuando estaba embarazada lo pensé bien... Por su edad (del marido), por cuestiones económicas y porque quería retomar mi vida... decidí quedarme con una... Lo hablamos con el ginecólogo y en el mismo parto me ligaron.

Mariana tenía 39 años y vivía con su hija de siete años, era viuda; estudió una carrera técnica y trabajaba en una empresa de seguros de vida, tenía un ingreso de \$ 17 mil pesos mensuales. Este caso destaca la manera en que las mujeres del sector buscan, a través de sus experiencias de pareja, relaciones más equitativas y nuevos significados a su vida sexual y reproductiva. Asimismo, ilustra cómo en la trayectoria reproductiva de las mujeres de este sector existen experiencias amorosas y sexuales que no persiguen la procreación, por lo que las mujeres hacen uso de los anticonceptivos. Sin embargo, cuando las mujeres se acercan a los 30 años de edad comienzan a evaluar la posibilidad de ser madres y la necesidad de la relación conyugal para ejercer la maternidad se convierte en un imperativo.

Mariana nació en la ciudad de México, era la mayor de tres hermanos, uno de 35 años casado sin hijos y otro de 33 años casado con un hijo. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 10 años y su madre comenzó a trabajar como secretaria en un despacho de arquitectos, nunca

se volvió a casar. Su padre se casó y tuvo un hijo con su segunda pareja. Durante su infancia, Mariana vivió en un amplio departamento de tres recámaras ubicado en la colonia Nápoles. Mariana realizó sus estudios en una escuela de monjas para niñas, ubicada cerca de su casa; estudió hasta secundaria, luego una carrera comercial y aprendió inglés.

Como otras mujeres del sector 3, Mariana tuvo experiencias amorosas y sexuales que buscaban la satisfacción de necesidades personales, independientemente o además del proyecto familiar. A los 18 años comenzó a trabajar como sobrecargo en una línea aérea nacional; viajó y conoció muchos lugares interesantes. Tuvo más de una pareja; comenzó su vida sexual con su primer novio a los 19 años tomando medidas preventivas para evitar un embarazo, primero con óvulos y luego con pastillas anticonceptivas hasta los 26 años. A los 24 años tuvo otro novio, decidieron vivir juntos y arrendaron un departamento en el Viaducto Miguel Alemán, en el que vivieron 5 años, luego se separaron.

Mariana vivió en un contexto en el que los nuevos significados y representaciones culturales sobre la pareja, la sexualidad y la familia estaban todavía en proceso de re-elaboración. A los 26 años, viviendo con su segunda pareja, Mariana decidió embarazarse, quería tener una hija; al cabo de varios intentos fallidos, le realizaron algunos exámenes y una intervención quirúrgica en las trompas, pero no tuvo éxito, Mariana no podía embarazarse. Terminó con esa pareja y vivió sola; rentó un pequeño departamento en la colonia Río Churubusco. A los 30 años conoció al padre de su hija, un hombre 12 años mayor que ella, divorciado y con 5 hijos de su primer matrimonio. Comenzaron a vivir juntos, decidieron casarse y compraron un departamento en condominio en la colonia Mixcóac; que contaba con dos recámaras, sala-comedor, dos baños, cocina y cuarto de servicio. Cuando comenzó a vivir con su tercera pareja no estaba utilizando anticonceptivos porque pensaba que era estéril, pero se embarazó y tuvo a su hija a los 32 años. Retomó algunos significados del modelo tradicional; en particular fue importante la representación de “un hijo para la pareja”.

Desde los 18 años quería tener una hija, entonces era una loquera, así como que tu niña... Para que la peines y la vistas, como tu muñequita... Después se me quitaron las ganas, quería divertirme... Pero cuando quise embarazarme y no pude, me sentí muy mal... Luego ya me había resignado... Me la pasaba bien con mi esposo, viajábamos, nos encantaba la parranda, salir... Y, pues, decía:

—“No necesito tener un hijo para estar bien con mi pareja, es más, un hijo va a cambiar totalmente nuestras vidas”.

Pero él era muy niñoero, le encantaban los niños...

Como la mayoría de las mujeres del sector 3, Mariana vivió el embarazo bajo la supervisión de un médico y tuvo acceso a las tecnologías reproductivas. Mariana tomó la decisión de embarazarse independientemente de sus parejas, pero cuando lo logró sintió cierta ambivalencia: por un lado tenía muchas ganas de ser mamá y por otro temía perder lo construido. Asimismo, el embarazo y el nacimiento los vivió como experiencias que debía realizar de manera “eficiente”, igual que muchas mujeres del sector. En este sentido, asistió a un curso psicoprofiláctico, se vinculó a la liga de la leche y consultó especialistas. Tuvo a su hija por cesárea, lo que le causó cierta frustración.

Como otras mujeres del sector 3, el esposo de Mariana participó en el curso psicoprofiláctico y la acompañó durante el parto y el nacimiento; además participaba en algunas actividades de la crianza: el baño, cambiaba a la niña en la madrugada, después de su alimentación y, cuando estaba en casa, la dormía por la noche. Mariana supo el sexo de su hija desde el embarazo; le buscó nombre, le preparó el espacio físico y comenzó a establecer una relación personal con ella antes del nacimiento. Dejó de trabajar al sexto mes de embarazo y se dedicó a esperar la llegada de su hija.

Con la maternidad, Mariana asumió la división del trabajo tradicional, dejó el empleo y se dedicó por un tiempo a efectuar “eficazmente” su trabajo de madre. Seleccionó con cuidado el pediatra, estableció horarios para la alimentación de la niña y la enseñó a dormir sola. Buscó cursos especiales para la bebé, visitó distintas escuelas hasta elegir la más adecuada. A los 35 años quedó viuda, su marido murió en un accidente. A la muerte de su esposo, cuando la niña tenía tres años, retomó sus actividades laborales. Contrató una trabajadora doméstica de planta y se puso de acuerdo con otras madres para hacer rondas y apoyarse en algunas actividades de la crianza.

A partir de entonces, Mariana ha tenido dos relaciones de pareja, la última con un hombre once años mayor que ella. Con ninguno de estos hombres había cohabitado, pero sí tuvo intimidad sexual; un dispositivo intrauterino le ha permitido llevar una vida sexual sin correr el riesgo de un embarazo.

REFLEXIONES FINALES

En esta investigación traté de observar la forma en que los cambios socio-demográficos afectaron la vida de mujeres de diferentes contextos socioeconómicos de la ciudad de México. Realicé el análisis sobre las prácticas reproductivas de las mujeres y exploré el peso del contexto sociocultural en la toma de decisiones reproductivas de las mujeres.

Encontré que las mujeres del estudio fueron protagonistas de importantes cambios demográficos. En relación con la generación de sus madres, se redujo el número de hijos, se retrasó la edad para iniciar la relación de pareja y la edad para tener a los hijos y se generalizó el uso de anticonceptivos. Estos cambios tuvieron lugar en un contexto cultural de relaciones, normas, valores y representaciones de género contradictorios. Por un lado, estuvieron presentes los significados y las representaciones tradicionales que dificultaron la toma de decisiones sobre el ejercicio sexual y reproductivo, y que repercutieron en el número de embarazos no planeados, y en muchos casos no deseados, así como en el rompimiento de relaciones de pareja. Por otro lado, también estuvieron presentes nuevos significados y representaciones vinculados al ámbito laboral, político o de otro tipo, que abrieron para las mujeres un mundo propio de relaciones sociales que les brindó cierta autonomía e independencia frente a la familia y la pareja. Sin embargo, la existencia del ámbito laboral o educativo como generador de independencia y autonomía no fue igual para mujeres de diferentes sectores socioeconómicos, los contextos socioculturales influyeron en la toma de decisiones.

Observé una clara diferencia entre las mujeres del sector 1 y las mujeres de los sectores 2 y 3. Las primeras tuvieron más hijos, iniciaron más jóvenes la vida en pareja y la maternidad, y comenzaron a utilizar anticonceptivos después de tener al menos el primer hijo. En este sentido, el ingreso, la escolaridad y la actividad remunerada fueron factores importantes que permitieron mayor autonomía a las mujeres de los sectores 2 y 3. Las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres del sector 1 se vieron restringidas y acotadas por las representaciones de la familia conyugal que asigna a la sexualidad de las mujeres un carácter instrumental cuyo fin es el establecimiento de la relación de pareja y la formación de una familia. Las mujeres de este sector colocaban las decisiones en manos de los hombres, ellos determinaban cuándo se tenían las relaciones sexuales, en qué condiciones y en qué momento se suspendía la procrea-

ción. Ellas pensaban que “si le daban” un hijo a su pareja, éste aceptaría la relación conyugal; en este sentido experimentaron el cuerpo y los hijos como ofrendas al hombre. Vivieron la maternidad como la función principal en sus vidas y al hombre como el sustento económico. Ante las contradicciones entre sus experiencias y las representaciones de género, la mayoría intentó ajustar sus experiencias a las representaciones de la familia conyugal, sin poder evitar situaciones de marginación, violencia, soledad y sobre-explotación.

Las mujeres de los sectores 2 y 3 presentaron semejanzas en cuanto al comportamiento reproductivo, pero tuvieron diferencias importantes en el grado de autonomía. Las mujeres del sector 2 tuvieron menos hijos, pero iniciaron su vida de pareja y reproductiva ligeramente más jóvenes que las del sector 3; el uso de anticonceptivos fue muy extendido en este sector, pero tuvo lugar dentro del contexto de la relación conyugal y se utilizaron para espaciar a los hijos. Se dieron relaciones sexuales antes de la vida de pareja pero, en la mayoría de los casos, el establecimiento de la relación de pareja ocurrió a partir de un embarazo. En este sentido, las experiencias sexuales estuvieron vinculadas a la procreación y fueron acompañadas por las representaciones de la familia conyugal. El sector 2 presentó el mayor número de madres solas que vivieron la maternidad y su actividad laboral simultáneamente. Por otro lado, las mujeres con pareja que mantuvieron sus empleos asumieron toda la responsabilidad de la crianza sin compartirla con su pareja, aunque en muchos casos sí contaron con la ayuda de otras mujeres (familiares o asalariadas).

Las mujeres del sector 3 pudieron separar la vida sexual, conyugal y reproductiva. Tuvieron más hijos que las del sector 2, pero iniciaron antes que ellas la vida sexual y retrasaron más que las mujeres de los otros sectores el inicio de su vida en pareja y de su maternidad. La mayoría inició su vida sexual sin usar anticonceptivos y con representaciones de la familia conyugal, es por eso que más de la mitad tuvo algún aborto; sin embargo, después de las primeras experiencias y antes de vivir en pareja usaron anticonceptivos y pudieron tener una vida sexual independiente de la relación conyugal y de la procreación. Las mujeres buscaron nuevos significados para su relación de pareja, su actividad sexual y su maternidad.

En suma, en los tres sectores socioeconómicos estuvieron presentes las representaciones esencialistas de la maternidad y de la pareja: la ima-

gen del hombre como abastecedor económico y de la mujer como responsable del hogar, el deseo del hombre por un hijo, el amor maternal, la virginidad, entre otros. Por otro lado, también estuvo presente para las mujeres de los tres sectores la representación de la maternidad como parte muy importante del proyecto de vida. Sin embargo, en mujeres de bajos ingresos que no contaban con recursos como la escolaridad, relaciones sociales propias y la actividad remunerada calificada y bien retribuida, la maternidad fue primordial y desdibujó la relevancia de las otras dimensiones vitales. En las mujeres del sector 2, y principalmente en las del sector 3, las condiciones socioeconómicas desempeñaron un papel importante en el acceso a los recursos distintos de la maternidad. Estas mujeres pudieron incluir en su proyecto de vida la carrera laboral, la relación de pareja y las relaciones sociales o políticas además de la maternidad.

Las mujeres del estudio vivieron los cambios económicos, demográficos y sociales con fuertes contradicciones entre sus experiencias sexuales y reproductivas y los valores tradicionales de género; estas mujeres se vieron en la disyuntiva de reproducir los valores del grupo, o distanciarse de ellos y buscar nuevos significados de género para sus experiencias cambiantes.

Por otro lado, entre las mujeres del sector 1 y las mujeres de los sectores 2 y 3, se pudo apreciar que la inserción en un contexto socioeconómico específico condicionó el acceso a los recursos necesarios para ganar autonomía en sus decisiones. Sin embargo, entre las mujeres de los sectores 2 y 3, el contexto socioeconómico no fue determinante para explicar las diferencias en el grado de autonomía. En todo caso, las relaciones sociales creadas en el ámbito laboral, o aquellas relaciones de intercambio y amistad entabladas con mujeres y hombres fueron muy importantes, porque ampliaron su mundo de posibilidades más allá de la relación conyugal y de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- AMUCHÁSTEGUI, Ana (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, México, Population Council.
- D'AUBETERRE, María Eugenia (2000). *El pago de la novia*, Zamora, Mich., El Colegio de Michoacán/La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

- DE BARBIERI, Teresita (1984). *Mujeres y vida cotidiana*, México, Fondo de Cultura Económica e Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1994* (ENSMI) (1994). México, Secretaría de Salud.
- GARCÍA, Brígida (2000). "Economic Restructuring, Women's Work, and Autonomy in Mexico", en Presser y Sen (comps.), *Women's empowerment and demographic processes*, Oxford, Oxford University Press, pp. 261-286.
- y Orlandina de Oliveira (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- INEGI (1997). *Distrito Federal. Censo de Población y Vivienda 1995. Perfil Sociodemográfico*. México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2001). *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- JUÁREZ, Fátima, Julieta QUILODRÁN y María Eugenia ZAVALA DE COSÍO (1989). "De una fecundidad natural a una controlada: México 1950-80", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 4(1), núm. 10 (ene-abr), pp. 33-49.
- MIER Y TERÁN, Marta (1989). "La fecundidad en México, 1940-1980. Estimaciones derivadas de la información del registro civil y de los censos", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México*, México, El Colegio de México, pp. 19-62.
- NAKANO, Evelyn, Grace CHANG y Linda RENNIE (eds.) (1994). *Mothering: ideology, experience, and agency*, Nueva York, Routledge.
- ORTNER, Sherry y Garriet WHITEHEAD (1991). "Indagaciones acerca de los significados sexuales", en Carmen Ramos (comp.), *El género en perspectiva*, México, UAM-Iztapalapa, pp. 61-112.
- OLIVEIRA, Orlandina (1998). "Familia y relaciones de género en México", en Beatriz Schumkler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación, Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*, México, Population Council, EDAMEX, pp. 23-52.
- PALMA, Yolanda, Juan Guillermo FIGUEROA y Alejandro CERVANTES (1993). "Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México", en *El entorno de la regulación de la fecundidad en México*, México, Secretaría de Salud, pp. 1-30.
- QUILODRÁN, Julieta (2001). *Un siglo de matrimonio en México*, México, El Colegio de México.
- SÁNCHEZ, Ángeles y Catherine MENKES (2000). "Las características de la fecundidad femenina en el Distrito Federal", en Catherine Menkes y Magali Daltabuit (coords.), *Diversidad cultural y conducta reproductiva*, Cuernavaca, UNAM/CRIM, pp. 161-188.
- (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México, PUEG/UAM.

- SZASZ, Ivonne (1998). "Sexualidad y género, algunas experiencias de investigación en México", en *Debate Feminista*, año 9, vol. 18 (octubre).
- TUIRÁN, Rodolfo, Virgilio PARTIDA, Octavio MOJARRO y Elena ZÚÑIGA (2002). "Tendencias y perspectivas de la fecundidad" *La situación demográfica de México, 2002*, México, CONAPO, pp. 29-48.
- WELTI, Carlos (1994). *La fecundidad en México*, México, INEGI-UNAM.
- ZAVALA DE COSÍO, María Eugenia (1989). "Niveles y tendencias de la fecundidad en México, 1960-1980", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México*, México, El Colegio de México, pp. 167-196.

CAMBIOS EN SIGNIFICADOS
DE LA MATERNIDAD: LA EMERGENCIA
DE NUEVAS IDENTIDADES FEMENINAS
(Un estudio de caso: mujeres profesionistas
de clase media en la ciudad de México)

HIROKO ASAKURA*

INTRODUCCIÓN**

El objetivo del presente trabajo es conocer los significados de la maternidad en la identidad femenina y los cambios que pensamos que están generándose, a través de entrevistas a profundidad con algunas mujeres que residen en la ciudad de México. Se eligieron mujeres que decidieron ejercer la maternidad voluntariamente sin tener apoyo de una pareja, y las que decidieron no ejercer la maternidad por su propia voluntad o de acuerdo mutuo con su pareja. Queremos explorar las representaciones y los significados de la maternidad, así como los elementos y procesos que han influido para que estas mujeres —de clase media urbana— decidieran tener hijos sin pareja o no tenerlos. Asimismo nos interesa saber qué obstáculos y conflictos han enfrentado al asumir un papel no tradicional.

En las sociedades occidentales, donde se inserta parcialmente la mexicana, la maternidad se ha pensado como el eje estructurante de la identidad femenina. Tanto los valores dominantes como quienes han escrito sobre el particular han considerado que la realización personal de una mujer puede ser cumplida únicamente por el ejercicio de la maternidad. Ser madre ha tenido un significado especial y único en la vida de las mujeres. Norma Ferro plantea que existe una equivalencia madre = mujer, pues la plena realización femenina se atribuye a la maternidad. Señala que esta ecuación constituye la alteridad del hombre (Ferro, 1989). Según su explicación, la cultura occidental tiende a poner madre como la

* Doctoranda en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-D.F.).

** Este artículo recupera información de la tesis de maestría realizada en FLACSO entre 1998 y 2000. Agradezco al PIEM el apoyo académico y financiero que recibí para llevar a cabo la investigación.

oposición de hombre, “ya que el hombre es hombre, pero la mujer es totalmente mujer cuando es madre”. El concepto de madre es más restrictivo que el de mujer. El binomio hombre-madre identifica la madurez social en la mujer solamente con su función maternal, mientras que la madurez del hombre es plurifuncional.

Aquí hay que señalar que tradicionalmente la realización de la maternidad debe darse dentro de una relación conyugal. Para ser madre, ser esposa ha sido un requisito indispensable en las sociedades occidentales. La vida de una mujer ha sido destinada a casarse, tener hijos, cuidar tanto a su marido como a su prole, dedicarse al hogar, etc. Lo que se ha exigido a las mujeres es ser buenas esposas y madres, es decir, servir a los demás.

De esta manera, la maternidad dentro de una relación conyugal aparece como la opción central para la realización personal de una mujer, y en consecuencia la esterilidad se ha concebido como una tragedia, razón suficiente para disolver un matrimonio. En una sociedad donde prevalecen estas ideas, la maternidad se representa como un destino inmutable de todas las mujeres, y quienes no pueden o no quieren tener hijos han tenido que soportar el estigma social que se les impone.

Sin embargo, desde hace algunas décadas han aparecido fuertes cuestionamientos por parte de la teoría social a esta idea de la maternidad,¹ es decir, se debate su “naturalidad” y se considera como parte de un proceso de construcción social: sobre una representación de la capacidad biológica de parir, se ha construido una función social que fundamenta la diferencia entre hombres y mujeres. Los significados de la maternidad varían mucho según la condición económica, política, cultural, histórica, etc., pero las pautas del ejercicio de la maternidad aceptadas actualmente hacen que ésta sea un trabajo únicamente de mujeres y han contribuido a considerarla como símbolo de la feminidad.

En México, en la época del porfiriato, los liberales siguieron el modelo de la familia y de la mujer que sostenía Juan Jacobo Rousseau, prac-

¹ La obra de Nancy Chodorow sirvió como parteaguas con respecto a esta temática. Según esta autora, “el ejercicio de la maternidad constituye todavía uno de los pocos elementos universales y permanentes de la división sexual del trabajo”. Dice que el rol de la madre tiene efectos profundos en la vida de las mujeres, en la ideología sobre las mujeres, en la construcción de la masculinidad y de la desigualdad sexual, así como en la generación de formas precisas de poder laboral.

Nancy Chodorow, *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona, Gedisa, 1984.

ticado con mayor rigor por las clases medias y las élites. El deber ser de las mujeres de estos sectores sociales era ser buenas esposas, buenas amas de casa y sobre todo buenas madres. Por eso la educación de las jóvenes consistía en aprender a respetar, comprender y no molestar al marido, cuidar y educar a sus hijos, y vigilar las tareas domésticas y la economía del hogar (Barceló, 1997).

Existía variada literatura destinada a las niñas de esta época y utilizada en la clase de moral práctica en las escuelas. El objetivo de estos textos era capacitar a las niñas con base en el modelo ideal de la familia occidental (Barceló, 1997). Así se fue consolidando la representación social de lo femenino —ser buena esposa, madre y ama de casa— que ha trascendido hasta la fecha. Seguir este patrón de comportamiento permite obtener reconocimiento y valoración social. Un estudio realizado en la ciudad de México en 1994 (Rodríguez Dorantes, 1997) muestra de manera muy clara este punto. En las entrevistas, las mujeres separadas comentaron que preferían ocultar su situación conyugal y seguir presentándose como casadas, porque así podían seguir contando con el respeto de los demás y eludir la crítica social.

Sin embargo, en el terreno práctico relacionado con el ejercicio de la maternidad, actualmente coexisten dos tendencias que nos hacen cuestionar la representación de la maternidad como el destino inmutable de la mujer, y que tiene que ser practicada dentro de una estructura social legitimada: la familia nuclear de una pareja heterosexual. La primera de ellas es el incremento de la maternidad voluntaria practicada por mujeres sin una pareja estable; la segunda es el aumento de las mujeres que optan por el no ejercicio de la maternidad. Así, es posible observar, en algunos países de Europa occidental y nórdicos, que la tasa de natalidad fuera del matrimonio se ha disparado en los últimos veinte años (Inoue y Ehara, 1995, p. 12). Por otro lado, el porcentaje de las mujeres y las parejas que no tienen hijos ha aumentado en la misma región y también en Japón, por ejemplo (Inoue y Ehara, 1995, p. 4).

Estos dos fenómenos también pueden observarse en la sociedad mexicana. En este caso, siempre ha sido alto el porcentaje de hogares dirigidos por mujeres,² en comparación con otros países occidentales (González de la Rocha, 1999). Una concepción muy peculiar de la masculinidad

² Los hogares con jefatura femenina se definen como tales en ausencia de un varón adulto. En su gran mayoría se trata de mujeres con hijos.

vincula la hombría con el número de hijos; es “más hombre” el que tiene más hijos, aunque no se preocupe por mantenerlos ni cuidarlos. Entonces hay muchas mujeres que tienen que hacerse cargo, solas, de las responsabilidades de la crianza de los menores. Es muy frecuente el caso de mujeres abandonadas, que acaban responsabilizándose solas por sus hijos. Sin embargo, como puede verse en el aumento de las tasas de divorcio y de separación, y del número de personas solteras, ahora las mujeres no solamente se convierten en jefas de hogar por abandono sino que también eligen ese camino por su propia voluntad.

En México gran cantidad de mujeres deciden ejercer su maternidad sin contar con una pareja. Detrás de este fenómeno puede suponerse que existe un significado especial que se atribuye a la maternidad y que está muy relacionado con la forma en que se concibe y define la realización de las mujeres como individuos. También podemos suponer que se han generado cambios en la percepción que únicamente legitima la maternidad dentro de una familia nuclear donde existe una pareja heterosexual oficialmente casada.

Paralelamente, igual que en los países europeos, cada vez hay más mujeres que deciden no tener hijos. Para ellas la maternidad no es una prioridad en la vida. Les interesa más dedicarse a otras actividades. No consideran que los hijos sean indispensables para su realización ni para formar una familia, y tampoco piensan que la maternidad sea una experiencia que todas deban vivir. Para estas mujeres la maternidad es una opción de vida que cada mujer puede elegir o no.

Tomando en cuenta todo lo anterior, podemos suponer también que se han producido cambios en el significado que la maternidad tiene para algunas mujeres mexicanas. Quienes se deciden por la maternidad sin pareja o por el no ejercicio de la maternidad transgreden, de alguna manera, el estilo de vida tradicionalmente legitimado y cuestionan el orden establecido. Las mujeres que deciden tener hijos sin pareja cumplen el rol asignado, y al mismo tiempo transgreden el “deber ser” femenino. Es decir, realizan la función de madre pero no en una relación de conyugalidad. Estas mujeres juegan varios papeles en la vida cotidiana, pero no el de esposa. Ellas son madres pero también son proveedoras, papel que tradicionalmente ha sido asignado a los hombres. Estas mujeres tienen la capacidad de mantenerse económicamente por sí mismas y también a sus hijos. Son mujeres independientes que ya no están atadas a una relación que les exige desempeñar los papeles de madre, esposa y ama de casa.

Las mujeres con pareja que decidieron no tener hijos también tienen esta dualidad. Forman una pareja y con ello cumplen con las expectativas sociales: casarse y llevar a cabo las funciones de esposa. Sin embargo, ellas no piensan que los hijos sean indispensables para su realización como mujeres, ni para la formación de una familia. Son las que cuestionan el valor que se atribuye a los hijos en la vida de una pareja y de la mujer.

Las mujeres solas sin hijos transgreden completamente el “deber ser” femenino. No cumplen el papel de madre ni el de esposa. Optan por un estilo de vida totalmente diferente al tradicional. Su vida no gira alrededor de la maternidad ni del hogar. Intentan realizarse como mujeres con base en otras actividades que les parecen más interesantes.

Todas estas mujeres han transgredido de alguna manera los roles de género: madre, esposa y ama de casa. Son las que no se han conformado con la identidad asignada socialmente.³ Han intentado constituir nuevas identidades con base en sus propios estilos de vida. Por eso consideramos que las mujeres que deciden tomar una decisión diferente a las demás —en este caso el ejercicio de la maternidad voluntaria sin pareja y el no ejercicio de la maternidad— construyen una identidad femenina distinta a la tradicional.⁴

³ La identidad individual va conformándose a través de la socialización. Según Berger y Luckmann, los individuos constituyen la base de su identidad a través de la interiorización del mundo base. Es un mundo dado que los individuos no pueden escoger por su propia elección. Por eso las normas y valores sociales que adquieren en este proceso son cargados de emoción y considerados naturales por los individuos. Una de las dimensiones de identidad que se constituye más fuertemente en este proceso es la de género. Los individuos aprenden y reaprenden los roles de género y los reproducen a lo largo de su vida. Cuando los individuos se insertan otros sub-mundos en la socialización secundaria, y aprenden valores sociales diferentes a los adquiridos en la socialización primaria, experimentan conflictos en la subjetividad y la sensación de la “traición” a su género.

Peter Berger y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1968.

⁴ Ana María Fernández señala los efectos de los mitos de la maternidad. Según esta autora, la maternidad construye lo simbólico de la feminidad y se queda en los *habitus* de los sujetos sociales. La fuerza de lo simbólico radica en su capacidad de impedir a las personas todo cuestionamiento, hacerlo parecer obvio, natural, es la “ilusión de naturalidad”, para decirlo con sus propias palabras. La maternidad ha sido considerada como algo que nace de la mujer de manera espontánea, algo que forma parte de la biología femenina y por lo tanto atañe a todas las mujeres de cualquier cultura; se ha construido así el llamado instinto maternal. Así, la maternidad concebida de esta manera no es real sino imaginaria, reforzada por los mitos que influyen en las decisiones de cada persona en cuanto a su proyecto de vida.

Las mujeres entrevistadas en esta investigación son las que transgreden a los roles de género establecidos socialmente. Puede suponerse que han tenido conflictos subjetivos y ambigüedades acerca de su propia decisión por no cumplir los papeles tradicionales asignados a las mujeres.

1. METODOLOGÍA Y UNIVERSO DE ESTUDIO

Metodología

Este artículo se basa en una investigación realizada en la ciudad de México entre 1999 y 2000. Es un estudio que no pretende obtener una representatividad ni una generalización, sino más bien observar y comprender un fenómeno que se presenta ante nuestros ojos con base en la experiencia, llena de dificultades y ambivalencias, de constituir identidades diferentes. Para cumplir este objetivo se entrevistó a doce mujeres: tres de ellas decidieron ejercer la maternidad solas, sin el apoyo de una pareja; cinco decidieron por su propia voluntad no ejercer la maternidad y cuatro optaron por no ejercer la maternidad de acuerdo mutuo con su pareja.

Se empleó la historia oral, que es una forma de realizar entrevista cualitativa. Ésta ha surgido en la búsqueda de alternativas para analizar los llamados “nuevos sujetos sociales”. El método es interdisciplinario y está conformado por la antropología, la psicología y la sociología principalmente.

Un elemento característico de la historia oral es la “visualización” de los actores sociales, es decir, “producir nuevas fuentes, pero guiados por la idea de aportar algo original; ya que no sólo escogieron sujetos socia-

La maternidad incluye una función biológica y una función social que no necesariamente son realizadas por la misma persona. En este sentido es posible distinguir la maternidad, que se refiere a la parte biológica (embarazo y parto), así como al concepto abstracto, idealizado en el imaginario social, del maternaje, que apunta a la experiencia del cuidado y la crianza de los hijos, que puede ser realizado por cualquier persona sin importar el sexo. Lo que ha pasado es que la cultura patriarcal los ha unido y les ha asignado el mismo carácter.

De esta manera, si partimos de la idea de que la maternidad no es algo “natural” sino un fenómeno socialmente construido, tenemos que analizar las formas en que las mujeres la ejercen en el contexto específico donde se insertan.

Ana María Fernández, *La mujer de la ilusión*, Buenos Aires, Paidós, 1993.

les descuidados por otros, sino que intentaron abordarlos a partir de examinar con mirada crítica todas las fuentes existentes y producir las que no existían” (Aceves Lozano, 1996, p. 12).

Dentro de la categoría de la historia oral se utilizó la historia de vida para la recopilación de información. Las características de este método son las siguientes: atender a una temática y un rango amplio, buscar evidencias de los testimonios personales y realizar estudios intensivos, es decir, hacer pocas entrevistas pero muy profundas (Aceves Lozano, 1997).

La historia de vida puede dividirse en tres categorías: 1) completa; la narración abarca toda la existencia memorable y comunicable en la situación de investigación, 2) focales o temáticas, que enfatizan sólo un aspecto problemático de la vida de la narradora, y 3) “armadas” o “editadas”, en donde el investigador elabora la historia narrada.

La segunda opción nos resultó muy útil para la investigación, ya que su propósito es realizar las “historias de vida cruzadas” o múltiples, es decir, hacer comparaciones y elaboraciones de una versión más compleja y “polifónica” del tema/problema de la investigación y reunir trayectorias personales en torno a un tema (Aceves Lozano, 1997); que en nuestro caso es la maternidad en la identidad femenina.

Las historias de vida nos permiten oír las experiencias y acontecimientos más significativos de la vida de la narradora, en sus propias palabras. El análisis es el proceso de reunión de los relatos de vida autobiográficos para dar cuenta de los sentimientos y modos de ver y concebir el mundo de la narradora. Este análisis nos permite también identificar las etapas y periodos críticos que marcan las definiciones y perspectivas de las narradoras (Aceves Lozano, 1997). En este sentido el método elegido fue de gran utilidad para encontrar la edad que en la vida de las mujeres entrevistadas resultó clave para tomar decisiones sobre su reproducción.

Las personas son producto de los sistemas sociales de los que forman parte y al mismo tiempo los producen y reproducen. La meta de las historias de vida es estudiar lo invisible, es decir, comprender la estructura y los patrones de una sociedad tal y como son exhibidos por una visión individual y representativa del mundo, de los rasgos culturales y de las tradiciones (Garay, 1997). Las historias de vida nos pueden ofrecer un conocimiento basado en el sentido común. Este conocimiento se construye a partir de nuestras experiencias, pero también tomando en cuenta la información y los esquemas de pensamiento que aprendemos por la

tradición, por la educación y la comunicación social. Estas formas de saber se definen como representaciones sociales.

Las representaciones sociales poseen un conjunto de significados que nos ayudan a comprender la realidad concreta de nuestra vida social. Son conocimientos prácticos que orientan nuestras conductas y relaciones con la demás gente, a la vez que estimulan la construcción de los juicios de valor que compartimos en sociedad.

En este sentido lo que buscan no es un relato centrado en el yo individual, sino de sí mismo en relación y dentro de un contexto lleno de representaciones sociales cargadas de significados. En nuestra investigación, pudimos aprovechar mucho este método para entender cuál es el significado de la maternidad en la sociedad mexicana, cómo lo asumen las mujeres, qué influencia tiene en la vida de ellas y después cómo ellas mismas lo producen y reproducen en su vida cotidiana. Es un instrumento indispensable para llegar a la subjetividad y encontrar su vinculación con el mundo objetivo de lo social. Gracias a este método pudimos explorar las contradicciones y las ambivalencias que se generan en torno a la decisión del ejercicio o no ejercicio de la maternidad en la subjetividad de las mujeres entrevistadas.

El universo de estudio

Las mujeres a entrevistar se seleccionaron con base en los siguientes criterios:

1) Mujeres con hijos

Mujeres solas que decidieron ejercer la maternidad por sí mismas, es decir, que tienen hijos sin conservar lazo alguno de unión con el hombre que las fecundó. Esta categoría no incluye a las mujeres divorciadas, separadas o abandonadas, porque en esta situación es muy probable que las circunstancias las hayan obligado a tener hijos solas y que la voluntad de esas mujeres no haya tenido un sitio destacado.

2) Mujeres sin hijos

a) Mujeres que decidieron por voluntad propia no tener hijos. En este caso las mujeres pueden o no tener pareja, pero en cualquier caso no conviven bajo el mismo techo.

b) Mujeres que decidieron no tener hijos de acuerdo con su pareja. Pueden ser casadas o en unión libre.

Las entrevistadas son profesionistas de entre 31 y 54 años de edad, que pertenecen a sectores medios de la ciudad de México. Escogimos profesionistas para realizar este estudio porque son las que reúnen las características de la “tercera mujer”, para decirlo en palabras de Gilles Lipovetsky (1999). Son las que intentan obtener autonomía de la identidad femenina socialmente asignada, que asocia la mujer únicamente con el papel de madre. Estas mujeres han aparecido en un contexto específico que mencionaremos en el siguiente apartado, y han buscado constituir nuevas identidades femeninas. Por eso nos pareció pertinente trabajar con las profesionistas que poseen estas características.

Con respecto a la edad, escogimos a las mujeres de mediana edad; según la definición que utiliza Mabel Burín.⁵ Son aquellas que tienen entre 30 y 50 años. Este rango de edad, junto con algunos factores sociales como la clase social —la clase media— presenta rasgos específicos en el ámbito de la psicología femenina. Según Juliet Mitchell, en las mujeres de clase media se observa fuertemente su opresión como género, a través de las contradicciones que viven entre sus ideales del yo y la configuración de sus deseos (Juliet Mitchell, 1974, citado por Mabel Burin, *et al.*, 1987).⁶ Ellas son educadas para cumplir el “deber ser” femenino —casarse, tener hijos, atender al marido y a sus hijos, etc.— pero después experimentan un vacío inexplicable que las hace interrogarse sobre su vida y su realización como personas.

Parece entonces pertinente escoger el rango de mediana edad y la clase media para observar la subjetividad femenina con las contradicciones y ambivalencias con respecto a la maternidad, como una representación social que impone el “deber ser” femenino y su influencia en la conformación de la identidad femenina.

⁵ Son las edades donde las mujeres preguntan “si no soy ella —la madre—, ¿quién soy?”. Las mujeres experimentan el deseo de ser más que madres o diferentes a ser madres. Es una experiencia dolorosa no sólo por el trastorno de la identidad y también por el trastorno de las representaciones sociales.

Mabel Burin, *et al.*, *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1987.

⁶ También un estudio de Brígida García y Orlandina de Oliveira sobre el ejercicio de la maternidad y el trabajo extradoméstico señala que las mujeres de los sectores populares no cuestionan su función de madre, y que para ellas la maternidad sigue siendo un destino inmutable y la obligación de las mujeres.

Brígida García y Orlandina de Oliveira, *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México, 1994.

Por otro lado, hay una cuestión muy importante relacionada con la edad. Puede suponerse que hay ciertas edades en las que las mujeres se sienten obligadas a tomar una decisión sobre si tener o no tener hijos. La primera fase sería alrededor de los 30 años, cuando la presión social sobre el ejercicio de la maternidad se da de una manera muy fuerte. La segunda sería a partir de los 35 años, cuando el primer embarazo se considera de alto riesgo. La última fase podría ser la entrada a los 40 años. A partir de esta edad los embarazos aumentan exponencialmente un riesgo tanto para las mujeres como para los bebés.

Una de las mujeres entrevistadas no entra en este rango de edad. Tenía 54 años en el momento en que se realizó la entrevista. Sin embargo, nos pareció muy interesante su narración sobre la toma de decisión con respecto al ejercicio de la maternidad y la experiencia en su conjunto. Por ello la incluimos en esta investigación.

En relación con las mujeres que decidieron tener hijos sin pareja, que forman el primer grupo, podríamos suponer algunas posibilidades diversas para lograr el embarazo. Una sería haber tenido una relación sexual solamente con el propósito de embarazarse. Otra sería la inseminación asistida.

El segundo grupo reúne a mujeres que decidieron no tener hijos por su propia voluntad. Ellas viven sin pareja, son independientes económicamente y tienen sus propias actividades. Esto no significa que no tengan una pareja con quien compartir diversos aspectos de su vida, sólo que no cohabitan en la misma casa. La razón de esto es garantizar que la decisión es realmente autónoma. Si hay convivencia estable es muy probable que la decisión sea de la pareja como tal y entonces estaríamos hablando del tercer grupo.

Por último, tenemos un grupo de mujeres que decidieron no tener hijos de acuerdo mutuo con su pareja. En este caso su estado civil puede ser casada o simplemente unida. Es una situación de convivencia de dos personas que comparten el espacio, el gasto económico y otras cosas de la vida, pero sin tener hijos.

Encontrar mujeres que se ajustaran al perfil señalado fue una tarea más difícil de lo que suponíamos al principio. La técnica que se utilizó para la selección de las entrevistadas fue la llamada “bola de nieve”. Algunas personas conocidas facilitaron el contacto con mujeres cuyas características coincidieran con el perfil mencionado anteriormente. Después las mismas entrevistadas sugirieron a otras mujeres.

El lapso de la realización de las entrevistas fue de 7 meses con varias interrupciones. La mayoría de las entrevistas duraron entre 1 y 2 horas. Algunas se extendieron hasta 3 horas. Las mujeres fueron muy participativas y cooperadoras; desde el momento de establecer el primer contacto expresaron su voluntad de contribuir y este interés perduró hasta al final de la entrevista. Para respetar el anonimato de las mujeres entrevistadas, y tal como fue convenido con ellas, los nombres han sido alterados, si bien los fragmentos utilizados para el análisis son textuales. Abajo se presenta el perfil de las entrevistadas.

- Ofelia: 33 años. Es licenciada en psicología, con maestría en terapia corporal y actualmente está haciendo el doctorado. Es profesora-investigadora en la UNAM. Su salario mensual es de \$ 16 000 pesos. Tiene un niño de 1 año y nueve meses. Su embarazo fue totalmente planeado por ella. El padre del hijo está en otro país y ya no tiene relación con él. Vive con su hijo. La entrevista se realizó el 13 de octubre de 1999 en un cubículo de El Colegio de México.
- Itzel: 44 años. Es antropóloga y tiene maestría en antropología social. Trabaja en la Universidad Autónoma Metropolitana. Su ingreso mensual es de entre \$ 12 000 y \$ 15 000 pesos. Tiene un hijo de 4 años. Ya no tiene ningún contacto con el padre del hijo. Vive con su hijo. La entrevista se realizó en dos ocasiones. La primera el 10 de agosto de 1999 y la segunda el 12 de octubre del mismo año. Ambas fueron en la casa de la entrevistada.
- Rita: 54 años. Es doctora en antropología. Trabaja como profesora-investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana. Su salario mensual es de \$ 41 000 pesos. Tiene una hija de 15 años. Su embarazo fue por inseminación asistida. Su hija tiene conocimiento de este hecho. Vive con su hija. La entrevista se realizó el 4 de febrero del año 2000 en la casa de la entrevistada.
- Ana: 44 años. Terminó la licenciatura en trabajo social, pero no es titulada. Es subdirectora de Evaluación y Seguimiento en el Programa de la Mujer. Su ingreso mensual es de \$ 15 000 pesos. Actualmente vive con su madre, quien depende económicamente de ella. La entrevista se realizó el 14 de agosto de 1999 en casa de la entrevistadora.
- Margarita: 44 años. Es licenciada en economía y hace un año se jubiló del Banco de Comercio Exterior. Actualmente recibe la pensión de

- parte de la misma institución y trabaja en una comisión dependiente de la Hacienda. Su ingreso mensual es de \$ 30 000 pesos. Vive sola en un condominio horizontal. La entrevista se realizó el 14 de agosto de 1999 en la casa de la entrevistada.
- Noemí: 41 años. Es licenciada en derecho y ocupa un cargo directivo en Secretaría de Hacienda. Su ingreso mensual es de \$ 60 000 pesos. Vive sola y ayuda económicamente a su madre. La entrevista se realizó en su oficina el 27 de agosto de 1999.
- Paloma: 42 años. Es licenciada en diseño gráfico. Trabaja en el centro cultural de la UNAM y también por su cuenta. Su ingreso mensual es de \$ 10 000 pesos. Vive sola en un departamento y la entrevista se realizó ahí mismo en 2 de agosto de 1999.
- Raquel: 42 años. Es licenciada en psicología y trabaja como psicoterapeuta. Tiene un consultorio privado y también es contratada para dar terapia a niños con problemas emocionales. Tiene un ingreso mensual de \$ 12 000 pesos. Vive sola. La entrevista se realizó en la casa de la entrevistada el 26 de agosto de 1999.
- Lucero: 44 años. Es licenciada en pedagogía con especialidad en traducción francés-español. Trabaja en el área de publicaciones y hace traducciones por su cuenta. Su ingreso mensual fluctúa entre \$ 15 000 y \$ 17 000. Tiene un esposo inglés, con quien lleva 6 años de casada. Vive con él. La entrevista se realizó el 27 de enero del año 2000 en casa de la entrevistadora.
- Virginia: 38 años. Es licenciada en ciencias de la comunicación. Tiene una empresa propia de publicidad junto con su esposo y un socio. Su ingreso mensual es de \$ 15 000 pesos. Lleva 11 años de casada. Vive con su esposo. La entrevista se realizó el 17 de septiembre de 1999 en la oficina de la entrevistada.
- Guadalupe: 36 años. Es socióloga, con maestría en historia. Trabaja como profesora-investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana. Su ingreso mensual es de \$ 20 000 pesos. Lleva 11 años de casada con su pareja, que también es académico. Vive con él. La entrevista se realizó el 13 de noviembre de 1999 en un café.
- Emma: 31 años. Es periodista. Actualmente se dedica a escribir su tesis de maestría en comunicación. Lleva 6 años de convivencia con su esposo sueco. Vive con él. El ingreso mensual de su esposo es de \$ 50 000 pesos. La entrevista se realizó el 14 de octubre de 1999 en la casa de una de las hermanas de la entrevistada.

En el siguiente apartado abordaremos los cambios socioculturales que han impulsado a producir la “tercera mujer” en la experiencia de las entrevistadas.

2. PROCESOS SOCIOECONÓMICOS, NUEVOS ESTILOS DE VIDA Y AUTONOMÍA DE LAS MUJERES

Actualmente hay mujeres que optan por un estilo de vida que no se constriñe a la maternidad. Sin duda este proceso está directamente relacionado con el incremento en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y en los niveles de escolaridad. Hasta 1970, el mercado de trabajo en México mostraba una reducida presencia femenina en las actividades remuneradas (asalariadas o por cuenta propia), destinadas a la producción de bienes o servicios (De Barbieri, 1984; Jelin, 1984; Oliveira y Gómez Montes, 1989).⁷

Desde los años setenta, las tasas de actividad económica femenina se han incrementado constantemente, al pasar del 16% en 1970 al 34.5% en 1995 (García y Oliveira, citado por Oliveira y Ariza, 2000). A partir de los ochenta se ha presentado un aumento importante de la actividad económica de las mujeres casadas y con hijos (García y Oliveira, 1994). La prolongada crisis económica a partir de principios de los años ochenta ha contribuido también a una mayor participación económica femenina, a pesar de la carga de trabajo doméstico existente.

El trabajo extradoméstico genera mayor autonomía en las mujeres en el hogar y también en su exterior. Sobre todo tiene influencia en el terreno de la fecundidad. Algunos estudios (García y Oliveira, 1994; Welty y Rodríguez, 1999) señalan que hay una correlación entre el trabajo remunerado extradoméstico y una mayor autonomía en la decisión del ejercicio de la maternidad.

En cuanto a la educación, puede observarse un gran avance en las mujeres. Si comparamos las cifras de 1970 y 1995, el porcentaje de las

⁷ Los valores y normas culturales tradicionales asignan a las mujeres los trabajos reproductivos: procreación, cuidado y socialización de los hijos y las tareas domésticas de manutención cotidiana. Además a estas actividades no se les reconoce creatividad o valor alguno. Por esta razón, la participación femenina en actividades extradomésticas, sobre todo en décadas anteriores, ha sido considerada principalmente como una prolongación de las actividades desempeñadas en el hogar.

mujeres de 15 a 19 años con estudios más allá de la primaria, aumentó del 17% a 65.9% (Parker y Pederzini V., 2000).

Es interesante observar el aumento de profesionistas en general y sobre todo de mujeres profesionistas. En efecto, entre 1970 y 1990 el número de hombres y mujeres que aprobaron por lo menos 4 años de educación superior pasó de 1.6 al 5.9% (INEGI, 1993). Las mujeres profesionistas eran una de cada cinco (19.4%) en 1970, y para 1990 la relación aumentó a una de cada tres (33.8%). Hay una disparidad clara por sexo en el tipo de profesión que se ejerce. Se nota una mayor concentración femenina en las áreas de salud, educación y humanidades (INEGI, 1993).

Otro factor importante es la “desinstitucionalización” de la estructura familiar. En la actualidad, formar una familia en términos de estabilidad y permanencia ya no es algo que se considere obligatorio para hombres ni para mujeres. Aunque la familia nuclear en el México urbano sigue siendo mayoritaria, existen otras formas y “arreglos” en familia con distintos tipos de relaciones sociales y prácticas cotidianas: hogares ampliados y extensos, hogares de jefatura femenina, unipersonales, reconstituidos. Son “todos ellos hogares que se apartan del modelo tradicional y cuya presencia está aumentando en el contexto mexicano” (González de la Rocha, 1999, p. 127).

Por ejemplo, entre 1970 y 1990 los hogares mexicanos con jefatura femenina aumentaron de 15.3% a 17.3% (González de la Rocha, p. 134), a pesar de las dificultades que podrían enfrentar las mujeres: críticas por ser hogares “defectuosos”, falta de créditos y subsidios para el bienestar familiar, presión social, estigmatización, etc. La mayoría de estos hogares se encuentra en las ciudades grandes y entre las jefas de hogar siguen prevaleciendo las mayores (más de 45 años); sin embargo, su porcentaje ha disminuido, mientras que el número de mujeres jóvenes ha aumentado. Esto significa que a pesar de que muchos hogares son encabezados por viudas, porcentualmente se observa un rápido incremento de jefas por causa de separación o divorcio.

En México, hay variedad de hogares con jefatura femenina —viudez, abandono, casa chica, etc.— y siguen prevaleciendo las jefas de hogar por inevitabilidad. Sin embargo, queremos hacer notar la existencia de un nuevo tipo de estas unidades sociales. Son los hogares formados por las mujeres que dijeron *no* a la autoridad masculina. Han aparecido jefas de hogar que no se consideran a sí mismas como víctimas, sino que eligieron ese estilo de vida por su propia voluntad.

Por último y lo más importante, podemos mencionar el control sobre la procreación por parte de las mujeres. Gracias a la invención de las pastillas anticonceptivas y las políticas de planificación familiar desarrolladas por parte del Estado, si bien éstas han sido dirigidas a reducir el tamaño de la familia y han estado basadas en una concepción tradicional de las relaciones de género, las mujeres han conseguido la posibilidad de controlar su propio cuerpo. El cuerpo femenino ya no es un recipiente para engendrar a la especie humana sino que es parte de sí misma, fundamental en la constitución de la identidad. Ha ocurrido la separación entre el ejercicio de la sexualidad y el de la maternidad, es decir, se ha reivindicado, en el discurso y en la práctica, la sexualidad con fines no procreativos. En este punto no hay que olvidar el esfuerzo de los movimientos de mujeres, que desde los setenta han luchado por la recuperación del cuerpo femenino en un marco de autonomía: “dueñas de nuestros cuerpos, dueñas de nuestras vidas”. Este deseo coincidió con el interés de la política de planificación familiar impuesta por el Estado, que intentaba disminuir las tasas de natalidad con diversas medidas de control reproductivo. Durante las últimas tres décadas, la tasa global de fecundidad en México ha disminuido espectacularmente. Las cifras muestran que en 1976 el promedio de hijos por mujer fue de 5.7, en 1987 3.8, en 1992, 3.2 y en 1995 bajó hasta 2.8 (INEGI y Programa Nacional de la Mujer, 1997, p. 27).

Todos estos factores han contribuido a generar una transformación de la identidad en algunas mujeres mexicanas. En la vida de ellas la maternidad ya no tiene el mismo significado que en las mujeres de otras épocas. La maternidad deja de ser el destino inmutable y se convierte en una opción entre otras.

3. CAMBIO DE SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD EN LA IDENTIDAD FEMENINA

En este apartado se exponen los resultados de las entrevistas realizadas a mujeres urbanas, profesionistas, de clase media. La riqueza de la información es tal que difícilmente puede trasladarse a un texto académico, sobre todo si se considera el abordaje de aspectos subjetivos y la incursión en una esfera tan íntima como es la sexualidad y las decisiones en torno a la reproducción. Con el objetivo de potenciar la capacidad explicativa

de la información captada, el análisis está organizado con base en tres ejes temáticos: el significado de la maternidad, la dimensión profesional en la identidad femenina y la transformación de la identidad.

Esperamos que los datos aquí presentados reflejen un proceso de modificación de las identidades femeninas tradicionales que, por las características y alcances de la investigación, resulta muy acotado. Queremos documentar que hay cambios importantes que están teniendo lugar en la sociedad mexicana, pero las conclusiones que pueden obtenerse en un estudio como el nuestro, en modo alguno son generalizables.

3.1. El significado de la maternidad

En la imagen social de la madre que existe en México predomina la abnegación y la entrega desinteresada a su marido y a sus hijos. Es el ángel guardián de hogar. Las madres son las principales responsables de la socialización temprana de los hijos y esto muchas veces se traduce en sobreprotección (sobre todo a los varones), lo que les impide ganar independencia como individuos. Este proceso de desarrollo humano define a las mujeres únicamente como madres, es decir, seres para otros. Su única tarea en la vida es servir a los demás.

Sin embargo, han aparecido otras formas de ejercer la maternidad o no ejercerla, nuevos estilos de vida que no corresponden a las expectativas sociales. El hecho de escapar a la norma establecida genera ambivalencias en la subjetividad femenina.

Una entrevistada define la imagen social de la madre que piensa que la mayoría de los mexicanos comparten de la siguiente manera:

“...la señora que tiene su casa bien, que le es fiel a su marido, que se arregla para conquistar al marido todos los días, durante muchos años para retenerlo, para que le dé un gasto, para que le compre un coche o un abrigo, para que salga con ella y sus hijos a comer a casa de alguien y para ayudar y atender a los hijos. (...) Es una mujer de hiperatención hacia el otro. Yo creo que tiene una imagen de que así son las cosas y que esa es la felicidad. Su construcción de autoestima es que la casa está bien y los hijos y el marido están bien y la comida está lista. Es una mujer que siempre está atenta para que todo esté listo”. (Rita, 54 años, tiene una hija de 15 años.)

Algunas mujeres observan el daño que puede provocar la maternidad intensiva⁸ y protectora hacia los hijos varones. La madre impide a los hombres independizarse, al hacer y darles todo lo necesario – excepto autonomía –, y la pareja “hereda” esta tarea después del matrimonio o la unión. Los hombres buscan a una esposa que los cuide y los atienda como lo han hecho sus madres.

“La madre en la sociedad mexicana ocupa un lugar casi celestial. O sea, en México la imagen de la madre es como la santa, no sé, yo creo que hay mucho complejo de Edipo a veces, los hombres se enamoran de las madres, hay mucha posesividad de parte de las madres hacia los hijos. Pero sí, la figura materna en México ocupa un lugar muy especial”. (Virginia, 38 años, sin hijos, con pareja.)

“...En general yo pienso que la madre es así como el cariño incondicional, comprensiva, y a mi parecer, en el caso de la sociedad mexicana, yo creo que esa idea de ser tan incondicional en el caso del vínculo con los hijos varones, ha hecho mucho daño porque vas procreando, vas generando, vas formando hijos con una dependencia muy fuerte...” (...) “Las madres con los hijos tienen mucho control, pero no tanto con el hombre...”. (Itzel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

En estos fragmentos podemos observar la imagen de madre que perdona todo a los hijos y esa incondicionalidad les obstaculiza desarrollar su independencia como individuos. Los hombres buscan, entonces, el sustituto de la madre en la pareja y eso daña la relación. Las mujeres tienen que perdonar todo lo que hacen los hombres, quienes además no pueden (o no saben) comprometerse en una relación de igualdad.

Otras mujeres perciben el binomio que crea la sociedad entre mujer y madre. La realización personal de una mujer es ser madre. Si no se es madre no hay una realización como mujer, y la mujer que es madre ya no es mujer. La maternidad se vuelve totalizante.

⁸ Es un concepto utilizado por Sharon Hayes para caracterizar la ideología de la maternidad contemporánea. Según esta autora está marcada por género y sugiere a las madres invertir una enorme cantidad de tiempo, energía y dinero en la crianza de sus hijos.

Sharon Hays, *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Barcelona, Paidós, 1998.

“...[Una mujer] si no se casa y después si no tiene hijos, como que es una lástima, como que es un desperdicio, como que de alguna manera dicen pobrecita, no tuvo hijos, qué pena. Me parece que vinculan o relacionan directamente mujer con maternidad, y si no, sienten que es una vida quizás desperdiciada, y esto es común...” (Noemí, 41 años, sin hijos, vive sola.)

“...En esta sociedad queremos a la mamá en un lecho sagrado, y su sexualidad se anula. Entonces cuando ves a la mamá mujer, o lo sufres, o lo niegas. Nosotros lo vivimos así con mi mamá, tuvimos que ir aprendiendo, pero era horrible ver a mi mamá con otro señor, era casi casi sacrilegio. Mi papá sí se pudo casar, ¿por qué ella no? Entonces sí siento que hay esas cargas muy fuertes para la mujer”. (Itzel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

Según Noemí, en México la maternidad está estrechamente vinculada con la idea de que el principal objetivo en la vida de una mujer es tener hijos. Esta ecuación mujer = madre exalta la función materna y hace olvidar otras funciones. En este sentido, Itzel explica que la maternidad borra la sexualidad, lo que podemos identificar como uno de los efectos del imaginario social de la maternidad: la violencia simbólica que, a través del “ideal materno”, anula cualquier otra tarea o cualidad de las mujeres.

Sin embargo, algunas mujeres perciben cambios en esta imagen:

“...los hijos de la generación de nosotros tal vez ya tengan una imagen de una mujer exitosa, con una profesión aparte de los hijos”. (...) “Yo creo que la clase media ya puede ver a la madre como una mujer con preparación, una mujer capaz de tomar decisiones. Que sigue siendo la responsable del hogar, de atender al marido, pero como que ya tiene más misiones en la vida”. (Ana, 44 años, sin hijos, vive con su madre.)

La carga de la mujer ahora es doble. Aparte de tener un trabajo remunerado o una profesión sigue ocupándose del cuidado del hogar. La imagen de la mujer actual es la de alguien que realiza una doble jornada. Además, existe la exigencia de desempeñar ambas tareas de manera eficiente y ejemplar.

Las mujeres que decidieron tener hijos solas están proyectando esta nueva imagen en su propia vida, y también están experimentando esta doble jornada cotidianamente. La realización de una nueva forma de

maternidad genera muchas ambivalencias en la subjetividad femenina. Una entrevistada comentó:

“...mi mamá no entiende qué tipo de mamá soy, mi mamá me pide la actitud y la entrega de una mamá típica, de una mamá que cuenta con un compañero las 24 horas, que está allí y la mantiene y entonces empecé a cachar que yo no tenía que responder a esas exigencias de mamá típica sino que dije: yo soy mamá y papá, mi hijo depende de mí, hasta mi mamá participa de los beneficios de mi preparación porque entre más tengo más le puedo dar. Tuve un periodo de mucha tensión, yo me sentía incomprendida...”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

La imagen social de madre no coincide con la idea de la madre que tiene Ofelia. Ella se considera a sí misma como mamá y papá para su hijo. Precisamente por ello no puede ser una madre entregada totalmente; hay otras actividades que realizar en la vida.

Los fragmentos que hemos revisado muestran cómo las mujeres que optaron por una maternidad diferente a la tradicional enfrentan una serie de problemas prácticos y resienten una doble carga de trabajo. Además, es importante destacar cómo tienen que luchar, en un terreno subjetivo, con las concepciones tradicionales de la feminidad y la maternidad.

La maternidad voluntaria sin pareja es una decisión sumamente difícil y también podríamos decir que frágil. Las dificultades en la vivencia de la maternidad de las mujeres solas se generan por varias razones: tienen que ejercer por sí mismas las tareas de manutención de los hijos y al mismo tiempo encargarse de su cuidado y satisfacer sus necesidades afectivas. También podemos encontrar —y esto parece una peculiaridad de la sociedad mexicana— redes familiares o comunitarias de las cuales las mujeres pueden recibir distintos apoyos. Sin embargo, en las zonas urbanas, aunque en los sectores populares sigue respetándose esta forma de la vivencia de la maternidad, se han borrado poco a poco las costumbres del campo, y la estructura dominante es la familia nuclear, donde cada vez es más difícil conseguir apoyos. A pesar de que la mujer haya decidido procrear sin pareja por su propia voluntad, hay muchos factores que podrían obstaculizar su cumplimiento. Veremos la situación de una mujer de 33 años que decidió tener a su hijo después de algunos años de convivencia con su pareja.

En el caso de Ofelia el proceso de la decisión fue gradual. Durante mucho tiempo no se había imaginado a sí misma como madre, pero cuando tenía una pareja estable apareció la posibilidad de tener un hijo. Todavía le daba terror. Lo que realmente le hizo pensar seriamente sobre este tema fue la opinión de una persona en quien ella podía confiar: su acupunturista.

“...me dijo, ‘Mira Ofelia, todo está muy bien en tu vida, en la academia te va bien, tienes cosas materiales, no hay problema, pero tienes una carencia, hay algo que no te deja ir más allá, que no te deja crecer, te hace falta un hijo.’ Bueno, en ese momento yo quería rebatir, discurso de machín que no sé cuánto...”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

Esta conversación no fue la causa directa para que ella decidiera tener a su hijo, pero según ella le abrió otra posibilidad en la vida. Después, la convivencia con una amiga embarazada le generó el deseo de tener un bebé. Finalmente ella hizo una apuesta para definir su destino. Dice:

“...¿me convendrá seguir estudiando en una dinámica..., que es estrujante, que es intensa, dos años más y la tesis voy a tener tantos años, hacía cuentas, o tengo un hijo?, y así como que miré al cielo y dije, va, lo que me convenga, ya, si no me quedo en el doctorado yo me embarazo (...) me llegó la carta de, muchas gracias por el momento no, me sentí muy triste y entonces dije, me embarazo, y me embaracé, así”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

En esa etapa la relación con su pareja ya estaba deteriorada. Además, ambos sabían que él no iba a estar con ella ni con el hijo porque estaría fuera del país, aunque la entrevistada tenía la esperanza de que él asumiera la responsabilidad del hijo hasta cierto momento. También pensaba en abortar.

“...yo iba con toda la ambivalencia hasta que fui a una sesión de acupuntura y cuando me va a poner agujas me toca y me dice, aquí pasa algo raro; yo iba con toda mi confusión de que sí sí o no, en fin, por la reacción de él sobre todo, y cuando me dice, qué pasa aquí, le dije es que estoy embarazada, bueno el tipo pegó un brinco de contento, ¡qué bueno!, era lo que

queríamos ¿no?, por eso estuviste viniendo a las sesiones, por eso..., en ese momento me cayó el veinte que efectivamente yo había hecho todo para tener un hijo y que no me lo iba a sabotear la falta de compromiso de este tipo...”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

Aquí podemos observar toda la ambivalencia que puede generar un embarazo. Existe el deseo y se ignora o trivializa. Hay elementos externos que van apuntalando la decisión, que en algún momento de la narración parece que alguien más hubiera tomado por ella. Finalmente, aparece la idea de abortar como una posibilidad que acaba desmoronándose, nuevamente gracias a la intervención de alguien más.

De esta manera, la toma de decisión del ejercicio de la maternidad sola es un proceso de continua lucha interna. Hay momentos de retroceso que podrían haber terminado en la interrupción del embarazo, marcados por la esperanza de que la pareja asumiera la responsabilidad del hijo. No es una decisión lineal y firme que siempre tenga la misma respuesta a la pregunta inicial.

En las mujeres que optaron por el no ejercicio de la maternidad, también podemos observar ambivalencias en su proceso de decisión. El caso de Paloma parece ser muy ilustrativo.

Ella explica que nunca ha querido tener hijos ni se ha imaginado como madre. Para ella es muy importante el deseo.

“...Pensaba, es que un hijo es porque uno quiere tener un hijo, no porque los demás quieran o la sociedad te lo imponga, ¿no?...”. “...yo nunca he tenido eso que llaman el instinto materno, nunca he tenido el deseo de tener un hijo...”. (Paloma, 42 años, sin hijos, vive sola.)

A pesar de que ella siempre ha tenido la clara idea de que no desea hijos, tuvo que recurrir al apoyo de una especialista para enfrentar la presión social.

“...yo fui con una psicóloga y le pregunté (...) ‘oye, ¿yo estoy mal?’ Dice, ‘¿pero por qué?’, y le dije, ‘es que yo nunca he tenido eso que llaman el instinto materno, nunca he tenido el deseo de tener un hijo’, y ya ella me explicó que no, tuve que, incluso de tanta presión, un poco decir, bueno, que alguien que sepa me lo diga, y me dijo la chava, no, hay gente que pues desarrolla más, bueno nada más que según esto nomás había un instinto, o

tienes un instinto, el de supervivencia, que el otro es más bien cultural, el creer o el que tienes que ser mamá, y entonces ya cuando fui con ella lo platicamos y me dieron varias lecturas y dije, yo no estoy mal. Y ya, esa fue la presión, sobre todo a esas edades de los 27 en adelante, como que ya se te está pasando el tiempo...”. (Paloma, 42 años, sin hijos, vive sola.)

Aquí podemos observar la ambivalencia y la inestabilidad de la decisión del no ejercicio de la maternidad. Es tal la fuerza del imaginario femenino que asocia a la mujer con la maternidad, que esa presión social hace dudar a la mujer de su propia decisión y sus sentimientos. La maternidad es una elección de vida cargada de emociones y expectativas de otros. Además, es un rol de género aprendido y reaprendido desde la cuna. Está fuertemente instalado en la subjetividad de las mujeres —consciente e inconscientemente— e ir en contra de este deber ser femenino genera muchas contradicciones.

Lo interesante del grupo de las mujeres sin hijos con pareja es la posibilidad abierta al ejercicio de la maternidad, ya sea por su propio embarazo o por adopción. La opción de adoptar, en cambio, no aparece en el grupo de las mujeres solas sin hijos. Ellas han cerrado definitivamente la posibilidad de ejercer la maternidad en su vida. Sin embargo, en el otro grupo podemos encontrar esa posibilidad en todas las mujeres entrevistadas.

“Durante un tiempo fue sí: no: a lo mejor. Yo me detuve porque nada más pensaba en los hijos cuando estaba aburrida. Eso de tener hijos lo hemos pensado, pero no propios; hemos pensado que a lo mejor sería más buena onda adoptar a un par de niños que no tengan padres y criarlos, pero no se nos ha hecho una necesidad”. (Lucero, 44 años, sin hijos, lleva 6 años con su pareja.)

“...De repente platicamos sobre lo que muchas veces te dicen, hay que tener un hijo, de que si no tememos después arrepentirnos, también lo hemos pensado que si alguna vez sucede podemos adoptar uno, en México hay muchos niños desprotegidos y muchos niños que necesitan una familia”. (Virginia, 38 años, sin hijos, lleva 11 años con su pareja.)

“Yo no sé si mañana vaya a cambiar de opinión porque a veces la vida y las circunstancias te obligan a cambiar; (...) A lo mejor quedo embarazada y

me decido a tenerlo, porque puede pasar. Tampoco quiero que si quedo embarazada por cualquier circunstancia, rechazar a mi propio hijo, eso sería muy feo". (Emma, 31 años, sin hijos, lleva 6 años con su pareja.)

"No todos los días estoy así [segura de no querer tener un hijo] por supuesto, tengo mis 5 minutos de culpa, mis 5 minutos de enojo, mis 5 minutos de desesperación cotidiana, pero he aprendido por lo menos a acomodarlo, a vivir con todas esas emociones. Entonces, si llego a tener un hijo, te lo voy a comunicar muy oportunamente. Para qué quieres entonces... (risas), pues no sirvió de nada, pero soy una persona bastante predecible en ese aspecto, pero pues uno nunca sabe". (Guadalupe, 36 años, sin hijos, lleva 11 años con su pareja.)

En cuanto a la definitividad de la decisión de estas cuatro mujeres hay alguna variación. Las dos que tienen alrededor de 40 años están seguras de que no van a tener hijos por su propio embarazo. En otras más jóvenes todavía se ve la ambivalencia. En las primeras aparece la posibilidad de adopción, lo que no mencionan otras. En las segundas todavía hay posibilidad de embarazarse y tener hijos. Por ejemplo, Emma no está segura de si se atrevería a abortar o no en el caso de que se embarazara. Guadalupe tampoco descarta la posibilidad, porque como se observa en el fragmento de la entrevista, se siente culpable por no tener hijos. Así, la decisión de no ejercer la maternidad puede ser derrumbada por cualquier cosa, porque el aprendizaje de género es inconsciente, cargado de emociones donde se entrecruzan varios elementos como la religión, la ética, etc., que generan conflictos morales en cada sujeto.

Aunque los individuos no son receptores pasivos de los valores sociales, hay cosas que marcan su pensamiento y comportamiento. Una de ellas es el género. La maternidad es una cuestión profundamente arraigada en la subjetividad femenina, y no responder a esa expectativa social puede generar sentimientos de culpa en las mujeres.

3.2. La dimensión profesional en la identidad femenina

En la introducción de este artículo se mencionó que la maternidad se ha considerado el eje estructurante de la identidad femenina. Se ha pensado que la realización de una mujer reside en ser madre dentro de un ma-

rimonio, cuidando a sus hijos, atendiendo al marido y dedicándose al hogar. Sin embargo, el modelo de la “tercera mujer” cuestiona esta identidad impuesta por la sociedad patriarcal y busca otra forma de realización como persona. Una de las dimensiones que aparece más fuertemente en la identidad de las entrevistadas —sobre todo en las mujeres que decidieron no tener hijos— es la profesional.

La vida de estas mujeres gira alrededor del trabajo. Esto puede observarse en su decisión de no tener hijos y también en la recurrencia del tema en la entrevista. Con respecto a la decisión de no tener hijos, Noemí dice:

“...lo cierto es que yo tomé una decisión a los 34 años, desde los 34 años, de que yo no iba ya a tener hijos para que ya no me siguieran presionando ni sentirme yo tampoco como con una asignatura pendiente, era un poco lo que me pasaba (...) y no quiero tener hijos porque sí es algo que vendría a plantearme un estilo de vida totalmente distinto al que he llevado hasta ahora, decisiones en mi trabajo que con niños no podría hacer lo que ahorita hago porque tengo absoluta libertad, porque no tengo una responsabilidad de tener que llegar a determinada hora...” (Noemí, 41 años, sin hijos, vive sola.)

Además, cuando habla de sí misma empieza con el tema de trabajo:

“Mira, gran parte de mi tiempo se lo dedico al trabajo, y es un trabajo que me permite tener un buen ingreso, me permite ahorrar, me permite viajar, entonces estoy satisfecha con mi trabajo, con mi desarrollo profesional...” (Noemí, 41 años, sin hijos, vive sola.)

Otra mujer también menciona el vacío que experimentó cuando se jubiló de su trabajo.

“...Mira, el primer mes, mes y medio, como enjaulada, rarísimo, nunca lo había hecho, nunca nunca en mis 44 años, no, pero después dije, bueno, pero si yo decidí, porque aparte yo lo decidí, quedarme aquí pues qué afán de ni siquiera, o sea, que no aprende uno, uno no sabe disfrutar las cosas, entonces me di cuenta, yo no sé disfrutar mi tiempo, no sé disfrutar, entonces como que lo fui aprendiendo, entonces la pasé bien, leí muchísimo más, mucho más tranquila, fue como un oxigenarme... Pero bueno, tenía que soste-

ner la casa, mis papás están viejitos y hay que ayudarles también, entonces dije, no, pues hay que trabajar”. (Margarita, 44 años, sin hijos, vive sola.)

Este énfasis en el desarrollo profesional y la satisfacción que da el trabajo también puede observarse en el grupo de mujeres sin hijos con pareja. En ellas también la dimensión profesional ocupa el primer plano en su vida.

“Digamos que mi meta ahorita es llegar a formar una empresa un poco más establecida. Llega el momento de tener una vida que uno requiere, o sea, tal vez en unos años retirarme un poco también del trabajo y dedicarme a hacer otras cosas que también me gustaría hacer (...) tal vez mi objetivo principal es llegar a conjuntar otras cosas que quiero hacer con mi profesión”. (Virginia, 38 años, sin hijos, con pareja.)

En este fragmento se advierte no sólo que es una mujer que trabaja, sino además que la actividad profesional es central en su vida. El aspecto laboral aparece relacionado con diferentes temas (maternidad, pareja, identidad, metas, etc.)

En cuanto a las mujeres solas con hijos podemos observar diferencias con respecto al trabajo. Para estas mujeres, la dimensión más fuerte en la identidad es la maternidad. A pesar de que ellas también realizan otras actividades, desde su narración podemos encontrar la identificación del papel de madre como principal.

“...sus ocupaciones [de la hija] eran el primer punto, el segundo era mi investigación; yo lo decidí así. Y ahorita me doy muy bien cuenta que quiera yo o no quiera lo único que me queda es la investigación porque mi hija ya no está en casa desde hace dos años; me avisa lo que hace, se va de vacaciones sola. Sí, ahora me queda mi investigación”. (Rita, 54 años, tiene una hija de 15 años.)

Esto se refleja en la vida cotidiana de la entrevistada y de la hija:

“...yo me paso en mi casa trabajando, este trimestre, lunes, miércoles y viernes. Voy por mi hija a las 5 ó 6 y platicamos un ratito. Mientras ella hace sus tareas, yo sigo escribiendo. Los martes y jueves los dedico a mis alumnos, esos días doy clases, trato de dar clases temprano...”. (Rita, 54 años, tiene una hija de 15 años.)

El cuidado de los hijos es muy demandante en los primeros años. Suelen dejar de hacer o limitar muchas actividades que antes realizaban. Una de ellas es el trabajo extradoméstico. Las mujeres buscan alguna manera de disminuir la carga de trabajo. Las tres entrevistadas de este grupo son académicas, lo que les permite estar más tiempo en el hogar.

Rita está reorganizando el uso del tiempo y las actividades que realiza. Su hija tiene 15 años y prácticamente no está en la casa. Ahora el tiempo que puede dedicarse a su trabajo es mucho mayor que antes. Reconoce que le va a quedar solamente su profesión. Sin embargo, en su discurso siempre aparece primero la preocupación por su hija. Racionalmente entiende que la función de madre ya no es predominante, pero subjetivamente todavía no puede dejar de dar más importancia a su hija.

De esta manera, puede señalarse que en las mujeres que optaron por el no ejercicio de la maternidad, la dimensión profesional funciona como eje organizador de su identidad. Todas dedican el mayor tiempo posible a su profesión, y también obtienen gratificación por realizar esa actividad.

Por otro lado, las mujeres solas con hijos tienen la maternidad como el eje estructurante de la identidad. Al ser madre se reorganizan todas sus actividades en función del ejercicio de la maternidad. Después otra vez se reorganizan poco a poco cuando el hijo o la hija ya está grande, pero este proceso no es fácil ni definitivo. La maternidad es tan fuerte y profunda que se queda mucho tiempo en el centro de la identidad femenina.

El cambio cultural no es lineal ni radical. Muchas veces es un proceso lento, casi imperceptible a primera vista. Existen diversos elementos que interrelacionan y producen cambios en ciertos aspectos, y también los obstaculizan en otro. Los valores sociales relacionados con el género son difíciles de ser modificados, porque el género es el ordenador fundante de la identidad y se aprende y reaprende con una carga emocional fuerte. Además se practica cotidianamente con una infinita repetición. Los individuos interiorizan las pautas de género en la interacción cotidiana, y ellas se convierten en la guía de acción.

Sin embargo, los individuos no son receptores del mundo externo; cada quien interioriza los valores sociales, los reinterpreta y luego los reproduce; por eso no es imposible modificar las normas y valores sociales. De hecho podemos observar ciertos cambios en la ciudad de México contemporánea.

Por ejemplo, la idea de la maternidad ha cambiado de la generación anterior a las entrevistadas y la suya propia. Para la generación anterior

ser madre significaba entregarse por completo a sus hijos. Había que sacrificar su vida para que los hijos estuvieran bien atendidos.

“...mi mamá nunca me pensó a mí como mamá, y yo lo interpreto como una mamá entregada, abnegada, responsable, y entonces ahora que soy mamá digo, mi hijo va primero, igual que mi mamá, y ya todo lo demás se va ordenando (...) Procuero a mi hijo como me procuraron a mí...”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

Aparentemente el discurso y las actividades se repiten, pero para esta mujer la madre también tiene que tener su propio espacio. Es una relación de respeto mutuo. Dice:

“...Esa es la idea de mamá que tengo y de maternidad, como máxima relación de igualdad, como una relación de crecer. Yo te puedo decir que mi hijo me ha hecho sacar cosas que yo no veía, incluso que yo nunca las hubiera creído de mí y que otros tampoco, como mucha ternura, mucha entrega, no sé, las cosas buenas que te pueden salir y que yo disfruto mucho...”. (Ofelia, 33 años, tiene un hijo de 1 año y 9 meses.)

Con respecto a los roles de género y la relación de pareja, podemos ver cambios en el discurso de las mujeres. Por ejemplo, una mujer sin hijos con pareja describe el entorno de su familia de origen como un espacio donde existía una fuerte autoridad masculina, y su situación actual de pareja como una relación más equitativa entre los géneros. En el primer caso, dice que el padre “siempre fue la cabeza de la casa” y la madre, en cambio, “siempre se dedicó al hogar”. En el segundo caso, enfatiza que “un hijo es responsabilidad de una pareja, al cincuenta por ciento”, señala que en su relación de pareja tanto los ingresos como las actividades domésticas se reparten de manera equitativa y que “lo más importante es ser amigos”.

“Los trabajos domésticos siempre, desde que nos casamos, han sido repartidos de igual manera, de acuerdo a nuestros horarios (...) yo normalmente soy la que mete la ropa a la lavadora, la que la tiende, de que si ya no hay muchacha igual hay que sacudir, hay que aspirar; él más bien hace la cocina, cosas así; de planchar no nos gusta a ninguno de los dos pero tratamos de que lo haga otra persona. Entonces siempre han sido repartidas por

igual”. (...) “...a lo largo de estos once años que he vivido, hemos pasado por muchas etapas, desde el romance, la pasión y demás, hasta realmente llegar a ser un amigo. Yo creo que eso es lo que a mí más me importa de mi relación, que yo a mi esposo lo puedo considerar un muy buen amigo”. (Virginia, 38 años, sin hijos, con pareja.)

Aquí creo que hay que hacer una reflexión. En algunos casos, cuando se realizan entrevistas a profundidad o historias de vida, las personas pueden tratar de proyectar una imagen de sí mismas que no necesariamente corresponde con la realidad. En este caso esa “imagen ideal” podría ser la de una relación cien por ciento igualitaria. Lo que me interesa destacar aquí no es tanto si la descripción es real o no, sino el hecho mismo de que esa equidad aparezca en el discurso, porque indica que la entrevistada le está confiriendo un valor específico.

De esta manera, podemos observar ciertos cambios en los valores sociales, sobre todo iniciados por las mujeres. Sin embargo, en cualquier tiempo histórico y en cualquier sociedad, siempre coexisten elementos nuevos y antiguos. En nuestra época cada vez son más fuertes las contradicciones que generan estos dos tipos de elementos sociales. En cuanto al género, su efecto sobre los individuos aumenta. No hay correspondencia entre el cambio generado en el nivel práctico y la representación social. Una mujer lo explica de la siguiente manera:

“...Cuando tú vives la maternidad son muy fuertes todos los roles asignados social y culturalmente. El papel protagónico es fundamentalmente de la mamá, por más que el papá se involucre es distinto, ¿por qué? Porque el papá es el proveedor, es el que va a trabajar y trae dinero, aunque la mamá sea proveedora, pero él se vive así”. (Iztel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

Con respecto a la participación de los hombres en el cuidado de hijos dice que es pura ilusión:

“[La responsabilidad de un hijo] Debe ser compartida por supuesto, pero no se mira así. No por el hecho de dar dinero es compartir. Cuando hay partos psicoprofilácticos me he dado cuenta de que hay más hombres involucrados, ayudándoles a los ejercicios a sus mujeres; a lo mejor es el momento porque hay mucha ilusión, pero ya en la rutina cambia”. (Itzel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

También siguen existiendo estigmatizaciones y críticas hacia las mujeres que transgreden al imaginario social de madre. Por ejemplo, Itzel dice que ahora no se critica tanto a las mujeres teniendo hijos que trabajan, que los dejan en la guardería o los encargan a otra persona mientras ellas van a trabajar. No son juzgadas tan severamente. Pero si una madre quiere tener una relación amorosa con alguien el asunto cambia. Dice:

“...Fíjate que tengo hermanas que no aprueban mi relación porque creen que desatiendo a Jerónimo o tienen miedo de que yo lo vaya a dejar. Yo pienso: ¿no tengo derecho nunca más? (...) Luego me doy cuenta que están opinando atrás de mí. Ahorita que Jerónimo está rebelde, que no obedece, ellas lo asocian a que yo tengo mi pareja. (...) para Delia [su hermana] si Jerónimo es rebelde es porque yo no lo estoy supervisando por estar con mi novio”. (Itzel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

Lo que está sucediendo aquí es que las mujeres con pareja pueden tener una relación amorosa con esa persona sin descuidar a sus hijos, pero en el caso de las mujeres solas, el solo hecho de salir con alguien se interpreta como descuido a los hijos.

Estas críticas hacia las mujeres que decidieron tener un estilo de vida diferente al tradicional son muy frecuentes. Las mujeres sin hijos muchas veces han tenido que enfrentarlas.

“...unas amigas y un amigo, eso me lo dijeron hace como unos 2-3 años, nunca nadie me había comentado eso..., entonces o soy lesbiana porque no tengo la figura aquí metida en la casa, al compañero, y no tengo hijos, imagínate, como si fuera condición, ¿verdad?, cuántas mujeres que tienen otras preferencias también tienen hijos (...) cuando llegan a confirmar pues es que no tiene esos gustos, bueno, entonces es que tiene amante y él le compró la casa; o sea, no es posible que tú una mujer sola pueda tener una casa y pueda tener un carro, no puede ser que prograses pues no puedes progresar sola, entonces en conclusión, ah, el galán que a veces vemos que viene seguramente es su amante y seguramente la mantiene y le pasa una lana, o no sé...”. (Margarita, 44 años, sin hijos, vive sola.)

Todavía existe una distancia entre las prácticas cotidianas de las mujeres y la representación social de lo femenino. Esto es algo que llama mucho la atención de la entrevistada y que también le ha molestado.

Aunque la gente no las expresa directamente, sus críticas llegan a las mujeres que han optado por formas de vida distintas a la tradicionalmente legitimada.

Aquí se observa la fuerza que ejerce la representación social de lo femenino en forma de “deber ser” en la subjetividad de las mujeres. El género se aprende con una carga emocional especial desde la edad muy temprana, y se queda en una parte profunda y casi inconsciente de la subjetividad de los individuos. Por eso, cuando se transgrede el rol de género aprendido, se experimenta un “sentimiento de culpa” o de “traición al género”.

“Y me ha costado mucho trabajo, y más que con cuestiones de rechazo social me ha costado trabajo asumir que no soy una mala persona, ni soy egoísta por no querer tener un hijo. (...), tú tienes una zona de responsabilidad y de conformación de la identidad puesta en otra parte, simplemente tienes otras responsabilidades, pero creo que no eres ni mejor ni peor. Creo que ésa ha sido la zona más difícil de asimilar. Me he sentido culpable, por supuesto, me siento culpable, mala, muy mala”. (Guadalupe, 36 años, sin hijos, con pareja.)

Lo que podemos observar aquí es que a pesar de que ella piensa que la maternidad es una opción de vida, su no ejercicio le hace sentirse culpable. Es la dificultad de modificar el aprendizaje de género que está interiorizado profundamente por Guadalupe, y que genera contradicciones en su discurso.

Por un lado, podemos observar ciertos cambios en el nivel práctico de las mujeres con respecto al ejercicio de la maternidad y también en las relaciones de género en la pareja. Y por otro, sigue existiendo una distancia considerable entre las prácticas y la representación social de lo femenino, lo que genera contradicciones sociales y malestar en la subjetividad femenina.

3.3. Transformación de la identidad femenina

En este inciso veremos la autopercepción de las entrevistadas y el ideal de mujer que ellas perciben. Es muy interesante observar que hay una cierta coincidencia entre la imagen de sí mismas y la imagen de mujer ideal. Todas las mujeres opinan que es muy importante aceptarse a sí misma.

El problema es que las mujeres son educadas para ser protegidas y para depender de alguien, por eso el ideal de una mujer es ser libre de cualquier tipo de dependencia.

“Yo creo que para ser una mujer, o para calificar a alguien como una mujer ideal o cómo debería ser idealmente una mujer, yo creo que es eso, es *ser*. Con independencia de los roles sociales o la presión social que siempre es más fuerte para una mujer, y disfrutar la vida, disfrutarla con conciencia; yo no diría con responsabilidad porque eso es otro concepto, yo creo que tratar de ser y ser, yo creo que es eso: aceptarte como eres, con tus virtudes, con tus defectos, y tratar de disfrutar la vida, tratar de ser feliz...” (Noemí, 41 años, sin hijos, vive sola.)

Sin embargo, la misma entrevistada parece pensar que le falta un poco la feminidad, tal como ésta es socialmente entendida. Es una mujer exitosa: tiene un ingreso muy alto, ocupa un puesto de alto nivel, tiene una relación muy cómoda con su pareja, etc. Pero en el nivel subjetivo se siente culpable, egoísta, incumplida con las expectativas sociales. Le sigue pensando la imagen social de lo femenino.

“...yo creo que a mí me ha faltado un poco trabajar más en quizás la parte de servicio a los demás. Mi chamba es servicio y en esa parte me gusta y lo tengo un poco cubierto, pero sí, me parece que me ha faltado, quizás por el tiempo que le dedico a mi trabajo, me ha faltado ver por los demás un poco, esa parte de preocuparme quizás por qué está pasando con la ecología; de pronto siento que no estoy haciendo algo que tendría que estar haciendo, aportando al mundo en donde me tocó vivir, que hay ciertas cosas que me deberían estar preocupando o más bien que ya me debería estar ocupando en ellas y que todavía no las estoy haciendo y que las he ido postergando...” (Noemí, 41 años, sin hijos, vive sola.)

Este intento de cubrir cierta “falta” por no ejercer la maternidad también puede verse en otras mujeres sin hijos. Algunas cuidan a sus sobrinos, o tienen mascotas y otras se dedican a una profesión de ayuda a los demás.

En cuanto a las mujeres que decidieron tener hijos solas puede observarse que la maternidad reorganiza de una manera muy fuerte la identidad femenina.

“En este momento yo creo que soy muy distinta, siento que hay una gran diferencia en el hecho de ser mujer sola a ser mujer con hijos. (...) A lo mejor después aprendo a hacerlo como más natural, pero siento que de repente me divido. Yo no sé si así se sientan todas las mujeres o porque culturalmente o eres una cosa o eres la otra. (...) estuve en la maternidad 5 años y ahora quiero ser mujer y madre, como que todavía no sé cómo hacerlo...” (Itzel, 44 años, tiene un hijo de 4 años.)

Cuando se es madre esa dimensión se convierte en el eje estructurante de la identidad y reordena todas las otras dimensiones. Después poco a poco va disminuyendo la fuerza de oprimir otras dimensiones y se reorganizan nuevamente. Podemos apreciar muy bien la característica que tiene la identidad de ser algo en continua transformación, que nunca llega a ser estático.

Sin embargo, las mujeres que ejercieron la maternidad solas por su voluntad, igual que otras que optaron por no tener hijos, tampoco consideran que ser madre es una necesidad para todas las mujeres. Una entrevistada lo expresa de la siguiente manera:

“Yo deseo a todas las mujeres del mundo que hagan lo que se les dé la gana, que pasen la vida haciendo lo que quieran. A todos los seres humanos, pero muy en especial a las mujeres. Si a la mujer le da la gana casarse a los 10 años y hacerse mantenidas, que lo hagan. Si les da la gana ser biólogas marinas y vivir con un tiburón, que lo hagan. Si les da la gana encerrarse en una oficina, que lo hagan. Es mucho más fácil de lo que uno cree”. (Rita, 54 años, tiene una hija de 15 años.)

Lo interesante de las narraciones de estas mujeres es que no aparece crítica alguna hacia las mujeres que se realizan exclusivamente como madres. Ellas respetan la decisión de esas mujeres y lo único que les desean es que estén satisfechas de su elección y de su trabajo como madres. Una entrevistada comenta:

“La imagen de un ser humano ideal, porque no es nada más de la mujer, yo creo que es realmente vivir de la forma que tú quieres vivir (...) Esa es para mí la realización de cualquier ser humano, no únicamente de una mujer. Hay mujeres que realmente se realizan siendo madres, siendo hijas de familia, a veces siendo grandes políticas, o a veces profesionistas, siendo reconocidas, y hay

personas que a veces simple y sencillamente con ciertas actividades que les dan satisfacción. Yo creo que lo más importante es eso, llegar a realmente estar satisfecho con tu forma de vivir". (Virginia, 38 años, sin hijos, con pareja.)

De esta manera, podemos observar que estas mujeres no consideran la maternidad como un destino inmutable, sino una opción de vida que cada quien puede y debe elegir por su propia decisión. Hay mujeres que se sienten realizadas siendo madres y otras como profesionales, políticas, etc. Lo importante es estar segura de su elección y estar satisfecha con su forma de ser y con su estilo de vida. Las mujeres deben tener y ejercer esa libertad de elegir por su propia vida. Este deseo de ser libre de todas las presiones sociales, sobre todo del mandato de género, es expresado en el respeto hacia las demás que manifiestan las entrevistadas. Ninguna mujer critica a las mujeres que optan por otro estilo de vida, sino que las respeta, y esto es justo lo que están demandando estas mujeres que tienen un proyecto de vida alternativo al ejercicio de la maternidad "tradicional": respeto a ellas y a todos los demás.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue explorar los valores dominantes sobre la maternidad en la sociedad mexicana, su influencia en la conformación de la identidad femenina en las mujeres que han transgredido el "modelo tradicional" del estilo de vida, y los cambios de significado de la maternidad generados en su proyecto de vida.

En México, la maternidad se ha considerado como algo sagrado. Implica goce y dolor, alegría y sufrimiento. Los hijos llenan de optimismo y a la vez de preocupación, funcionan como lubricante de la vida conyugal. Además, se ha pensado que la maternidad debe ser ejercida dentro del matrimonio.

Este imaginario social de la maternidad se consolida como macroinstitución y al mismo tiempo se inserta en la subjetividad de los individuos. Otorga cierto tipo de poder a las mujeres, la repetición produce la "ilusión de naturalidad" e invisibiliza las diferencias de sentido y la diversidad de prácticas y subjetividades de los actores sociales. Las mujeres se definen únicamente como madres y la asociación mujer-madre se convierte en el eje estructurante de la identidad femenina.

Actualmente hay fuertes cuestionamientos a esta ideología y también es cada vez mayor la distancia entre este imaginario y la práctica social. El concepto de ser mujer asociado únicamente con la maternidad en una relación de pareja está en crisis. Esto ha generado malestar en la subjetividad femenina. Hay mujeres que no se sienten realizadas siendo madres y optan por otras actividades. Estas mujeres que confrontan las definiciones y significaciones del imaginario social corresponden a lo que Gilles Lipovetsky denomina la “tercera mujer”.

Para la aparición de estas mujeres han contribuido varios factores como la legitimidad del trabajo y los estudios, la desinstitucionalización del matrimonio y la familia, la aparición de otro tipo de relación entre hombres y mujeres, el control de la fecundidad, etc. Esto es precisamente lo que está pasando en México.

En la actualidad, existen mujeres que han optado por estilos de vida distintos al tradicional. Lo que hay que preguntarse es si en verdad los mitos de la maternidad ya no funcionan, si estas mujeres son realmente libres del peso del imaginario social.

Las que corresponden a la “tercera mujer” han adquirido la capacidad de decidir sobre el ejercicio o el no ejercicio de la maternidad. Ahora tienen múltiples opciones de vida: profesionistas, políticas, empleadas, trabajadoras por su cuenta, amas de casa, etc., y ellas eligen su propio destino. La maternidad deja de ser su destino inmutable y se convierte en una de varias opciones. Sin embargo, la identidad femenina más importante que se les asigna sigue siendo la de mujeres del ámbito doméstico, es decir, principalmente madres. Las mujeres que optan por no ser madres o por ser madres fuera de la institución matrimonial no han encontrado una identidad adecuada para ellas. Son objeto de críticas y estigmatizaciones sociales. Ellas todavía no son tan libres para elegir su propio estilo de vida.

Una de las dimensiones más importantes es la identidad de género, que se aprende en la socialización primaria y se reaprende y practica el resto de la vida. Es un aprendizaje cargado de emociones que difícilmente puede ser modificado de manera completa posteriormente. Los cambios de esta dimensión de la identidad, muchas veces, son experimentados como una “traición”. Esto es algo que pudimos observar muy claramente en el discurso de las mujeres entrevistadas. Las que decidieron no ejercer la maternidad expresaron de alguna manera (explícita o implícita) sentimientos de “culpa” por no responder a las expectativas sociales. Buscan otra forma de cubrir esa “falta”: algunas eligen una profesión relacionada

con el cuidado o apoyo a los demás y otras cuidan a los animales o a sus sobrinos como una opción alternativa de maternidad.

En realidad estas mujeres no están traicionando a su género. Los estereotipos son muy rígidos y se insertan profundamente en la subjetividad de los sujetos; no permiten a las mujeres elegir libremente su estilo de vida. La sociedad —no las mujeres— es la que califica como “traidoras” a quienes deciden no ejercer la maternidad. Las mujeres reciben críticas y presiones sociales y esto les genera sentimientos de culpa, a pesar de que ellas comprendan racionalmente que la maternidad es una de múltiples opciones de vida.

Estos estereotipos de género son más rígidos para las mujeres que para los hombres, porque el orden simbólico, además de hacer una distinción, jerarquiza la posición de ambos sexos. Existe una desigualdad genérica que se advierte en múltiples obstáculos que las mujeres tienen que librar en su “afirmación como sujetos”, para decirlo en palabras de Simone de Beauvoir (1992).

Las mujeres que entrevistamos han criticado al orden establecido y se han atrevido a transgredirlo. Rompieron la ecuación mujer-madre que en el imaginario social homogeneiza a las mujeres, y las encierra en el ámbito de la “naturalidad” con un poder simbólico y limitado, en vez de reconocerlas como individuos con poder real y público. Estas mujeres han intentado construir una nueva identidad femenina, enfrentándose a las presiones sociales y a los mitos de la maternidad que conservan tanto hombres como mujeres.

Esta nueva identidad femenina, que privilegia la dimensión profesional o intenta ejercer la sexualidad siendo madre incluso sin tener pareja conyugal, por ejemplo, todavía no ha tenido plena legitimidad social. Sin embargo, está insertándose poco a poco en la identidad individual de muchas mujeres y formando una pequeña zona de ella. Todavía está en la periferia de la cultura patriarcal, circundada por los mitos de la maternidad. La transformación de una cultura es un proceso muy lento y no es lineal, pero en la actualidad podemos observar ciertos movimientos.

De esta manera, el imaginario social que asocia la mujer con la madre ha perdido su eficacia en algunas mujeres, como estas profesionistas de la clase media que se entrevistaron para esta investigación en la ciudad de México. Su autopercepción no coincide con ese imaginario social, y tampoco sus prácticas siguen ese modelo. Para ellas la maternidad no sig-

nifica un destino inmutable o divino para todas las mujeres existentes. Tampoco consideran que tiene que ser ejercida dentro de un matrimonio. Es una opción de vida que cada mujer puede y debe escoger según sus preferencias. Lo importante para ellas es estar seguras de su propia decisión y satisfechas consigo mismas. Es la única forma de realizarse como mujeres y como personas.

En esta investigación pudimos observar que sí hay cambios en el significado de la maternidad en las mujeres profesionales de la clase media en la ciudad de México, y también que está conformándose una nueva identidad femenina. La fuerza de la “tradicción” es muy intensa y genera ambivalencias en la subjetividad femenina y en los proyectos alternativos de vida.

Las mujeres todavía no están totalmente “libres de” ni son “autónomas con” su propio cuerpo y el orden social establecido. Pudimos observar ambivalencias y contradicciones en las narraciones de las entrevistadas. El proceso de la decisión del ejercicio o no de la maternidad es sumamente complicado y a veces frágil. Existen conflictos entre la racionalidad que reconoce el derecho a elegir y la subjetividad que las hace sentirse “culpables” de no cumplir las expectativas sociales. Una que decidió tener su hijo sin pareja pensó en la posibilidad de abortar a pesar de que su embarazo fue planeado por ella. Algunas pensaron que no dedicaban suficiente tiempo a sus hijos por tener que cumplir también el papel de padre-proveedor. Las mujeres con pareja sin hijos han dejado abierta la posibilidad de ejercer la maternidad ya sea con la forma de propio embarazo o la de adopción. Las mujeres solas sin hijos están buscando la forma de llenar la “falta” que sienten por no ejercer la maternidad.

La decisión sobre el ejercicio alternativo de la maternidad no es fija, sino que tiene sus retrocesos, modificaciones y consolidaciones graduales. Las mujeres tienen que luchar contra las críticas y presiones sociales. Por eso intentan respetar la decisión de otras mujeres, como la de quienes optan por el estilo de vida tradicional. Es el resultado del deseo propio de querer recibir el mismo respeto hacia sus decisiones.

Los cambios culturales son muy lentos. La nueva identidad femenina apenas está gestándose en la sociedad mexicana. Sigue prevaleciendo la “vieja identidad” y hay un clima de rechazo y estigmatización social de lo nuevo. Parece que todavía falta mucho para que se desaparezcan totalmente los mitos de la maternidad y que la nueva identidad femenina tenga plena legitimidad social.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEVES LOZANO, Jorge E., "Introducción: La historia oral contemporánea: una mirada plural", en Jorge E. Aceves Lozano (coord.), *Historia oral. Ensayos y aspectos de investigación*, México, CIESAS, 1996.
- , "Un enfoque metodológico de las historias de vida", en Graciela de Garay (coord.), *Cuéntame tu vida. Historia oral: historia de vida*, México, Instituto Mora-Conacyt, 1997.
- BARCELÓ, Raquel, "Hegemonía y conflicto en la ideología porfiriana sobre el papel de la mujer y la familia", en Soledad González Montes y Julia Tuñón (comps.), *Familias y mujeres en México*, México, El Colegio de México, 1997, pp. 73-109.
- BEAUVOIR, Simone de, *El segundo sexo*, México, Alianza Editorial Siglo Veinte, 1992 (1989).
- BERGER, Peter y Thomas LUCKMANN, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1968.
- BURÍN, Mabel, et al., *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1987.
- CHODOROW, Nancy, *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Barcelona, Gedisa, 1984.
- DE BARBIERI, Teresita, *Mujeres y vida cotidiana*, México, Fondo de Cultura Económica-Secretaría de Educación Pública (SEP 80, 60), 1984.
- FERNÁNDEZ, Ana María, *La mujer de la Ilusión*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- FERRO, Norma, *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, México, Siglo XXI, 1989.
- GARAY, Graciela de, La entrevista de historia de vida: construcción y lecturas, en Graciela de Garay (coord.), *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*, México, Instituto Mora-Conacyt, 1997.
- GARCÍA, Brígida, y Orlandina de OLIVEIRA, *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México, 1994.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes, "Hogares de jefatura femenina en México. Patrones y formas de vida", en Mercedes González de la Rocha (coord.), *Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina*, México, CIESAS-Plaza y Valdés Editores, 1999, pp. 125-151.
- HAYS, Sharon, *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Barcelona, Paidós, 1998.
- INEGI, *Los profesionistas en México*, México, INEGI, 1993.
- y Programa Nacional de la Mujer, *Mujeres y hombres en México*, México, INEGI, 1997.
- JELIN, Elizabeth, "Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada", *Estudios Cedes*, pp. 5-44, 1984.

- LIPOVETSKY, Gilles, *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1999.
- OLABUÉNAGA, Jorge Ignacio Ruiz, *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto, 1999 (2ª edición).
- OLIVEIRA, Orlandina de, y Liliana GÓMEZ MONTES, “Subordinación y resistencia femeninas: notas de lectura”, en Orlandina de Oliveira (coord.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM)-El Colegio de México, 1989, pp. 33-50.
- , y Marina ARIZA, “Género, trabajo y exclusión social en México”, en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 15, núm. 1, México, El Colegio de México, enero-abril, 2000.
- PARKER, Susan W. y Carla PEDERZINI V., “Género y educación en México”, en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 15, núm., 1, México, El Colegio de México, enero-abril, 2000, pp. 97-122.
- RODRÍGUEZ DORANTES, Cecilia, “Entre el mito y la experiencia vivida: las jefas de familia” en Soledad González Montes y Julia Tuñón (comps.), *Familias y mujeres en México*, México, El Colegio de México, 1997, pp. 195-238.
- WELTI, Carlos y Beatriz RODRÍGUEZ, “Trabajo extradoméstico femenino y comportamiento reproductivo”, en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, 1999, pp. 317-362.

RESPUESTA DE LAS PARTERAS A LA VIOLENCIA QUE SUFREN LAS MUJERES EMBARAZADAS¹

ROSARIO VALDEZ SANTIAGO²

“Cuando un bebé es bien recibido,
un embarazo deseado,
él no lo sabe,
pero como que lo siente.
Siente lo malo y lo bueno”
(PARTERA ENTREVISTADA)

INTRODUCCIÓN

En Mesoamérica las parteras o comadronas jugaban un papel central en la atención y cuidados de las mujeres y los bebés en el momento del embarazo, parto y el puerperio. En el séptimo u octavo mes de embarazo se llevaba a cabo un festejo entre ambas familias para la contratación de la *Tlanauatia* o partera, había llegado el momento crítico y se requería de los cuidados especiales de una *toltecatl*, *amantecatl*, *itlanahuatil in totecuyo*, “una artista, una artesana, alguien que recibe sus poderes de Nuestro Señor” (Sullivan, 1998).

Este predominio del papel de la partera en la atención y cuidados de la parturienta y el bebé siguió durante la mayor parte de la época colo-

* En primer lugar quiero agradecer a las parteras que amablemente decidieron participar en el estudio. Su amabilidad y disposición fueron una vez más evidentes en el momento de la entrevista. A Margarita Avilés (INAH-Morelos) por haber facilitado el contacto con las parteras que conforman el grupo de parteras del Jardín Etnobotánico con quienes lleva trabajando más de diez años. A la Psic. Laura Badillo, por su apoyo en la realización de algunas entrevistas. A Elsa Avilés, quien apoyó en la transcripción de las entrevistas. Finalmente al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), del Colegio de México, por su confianza y apoyo; sin este respaldo el trabajo no hubiera sido posible.

¹ Profesora-Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública.

nial. Las parteras eran mujeres trabajadoras y miembros activos de sus comunidades. La búsqueda de sus servicios y el reconocimiento de las mismas derivaban de su experiencia, es decir, de su posesión de conocimientos y de la demostración de los mismos en la práctica. El oficio de partera era enseñado, practicado y transmitido entre mujeres y para su ejercicio no era necesario contar con conocimientos teóricos reconocidos por las autoridades o por las instituciones de educación superior (Sáenz, 1997).

Fue hasta la segunda mitad el siglo XVIII cuando la hegemonía de las parteras comenzó a perder terreno, entre otras razones, porque se intentó reglamentar y subordinar el trabajo de las parteras al de los médicos titulados (Dávalos, 1996).

Tal como lo señala Agostoni (2000):

“La exclusión de las mujeres del oficio de partera fue un proceso gradual y progresivo que tuvo un fuerte impulso precisamente cuando la razón, la ciencia y la aplicación práctica de conocimientos basados en la experimentación y la deducción, transformó tanto la concepción del estado y del gobierno, como el campo de la medicina”.

Pese a la subordinación y marginación de las parteras en la atención de los partos, hoy en día sus servicios siguen siendo buscados por miles de mujeres, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales. Diversos estudios han documentado la importancia del papel de las parteras como agentes de salud comunitaria en cuyo campo de acción interviene también la atención a otros aspectos de la salud reproductiva, como de planificación familiar y cuidados materno-infantiles.

En el estado de Morelos, las parteras juegan un papel importante en la atención de los nacimientos, entre otras razones debido a que se aprecia un horizonte donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la medicina privada, es decir, un sistema mixto de atención a la salud. En regiones aisladas y marginadas del estado, la medicina tradicional y doméstica es la única opción para la atención a la salud para un sector amplio de la población.

Por otro lado, la participación de las parteras en la atención de partos en Morelos ha tenido un aumento de casi 250%, ya que en 1993 atendieron 1 691 partos y en 1996, 4 165. Esto quiere decir que ellas están liberando anualmente a los servicios de salud de una cifra significativa de partos, lo cual se traduce en costos. Por ejemplo, si tomamos en

cuenta el costo por parto calculado por Arredondo y cols. (1995), que es de \$ 408.00² para la SSA y lo multiplicamos por el total de partos atendidos por las parteras en 1996, esto nos da una cifra de \$ 1 699 320.00, lo cual representa el ahorro de los servicios de salud de Morelos por la intervención de las parteras en la atención de los partos. Estos costos los absorben las familias y las propias parteras, quienes a través de su fuerza de trabajo y del pago de su bolsillo de ciertos insumos, están liberando al estado de su función social de garantizar la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

Esto no es actual. Desde 1992, Castañeda reportó que en el estado de Morelos aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas del área rural eran atendidas por parteras; para ese entonces la autora calculó en 630 el número de parteras distribuidas en los 32 municipios del estado, de las cuales el 50% habían asistido a cursos de entrenamiento. En lo que se refiere a su distribución geográfica, se observó que la jurisdicción núm. 1, la cual incluye la ciudad de Cuernavaca, concentraba la proporción más elevada de parteras. Esto permite suponer que las mujeres no sólo recurren a las parteras cuando se carece de servicio institucional, sino como respuesta a la atención ofrecida por las parteras con quienes comparten, entre otras características, los mismos códigos culturales.

LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO Y SU IMPACTO A LA SALUD DE LA MUJER Y EL BEBÉ

La exploración del vínculo entre violencia y salud reproductiva ha sido escasa en nuestro medio, a pesar de las diferentes formas en que se expresa: alta prevalencia de maltrato durante el embarazo; maternidad forzada —producto de la violación dentro y fuera del matrimonio—; maltrato frecuente a embarazadas adolescentes; contagio de enfermedades de transmisión sexual; todo lo anterior tiene un impacto directo en el aumento de la morbimortalidad materna.

² Para este cálculo se consideraron los siguientes elementos: infraestructura física, recursos humanos, equipo médico quirúrgico, instrumental médico-quirúrgico, mobiliario clínico, mobiliario general, material de curación no desechable, material de curación desechable, medicamentos y soluciones, día-cama, servicios generales y servicios de apoyo administrativo.

La violencia doméstica durante el embarazo comenzó a estudiarse a finales de la década de los setenta y principios de la de los ochenta. Los estudios correspondientes se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados; algunos informes (Gazmararian, J.A. *et al.*, 1996) muestran una variación en la prevalencia que fluctúa entre el .9% y el 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada. Se ha documentado ampliamente que la violencia en contra de la mujer embarazada tiene efectos adversos en la salud de la madre y del bebé; por ejemplo, una agresión física o sexual que implique traumas abdominales puede provocar *abruptio placentae* —el cual según el tiempo de gestación, podría llevar a la pérdida del embarazo—; la precipitación del parto o el nacimiento de un bebé de bajo peso (Bullock y McFarlane, 1989; Pearlman, C.A. y Gibbs, 1990). Otras consecuencias posibles de los traumas abdominales incluyen fracturas fetales; la ruptura del útero, hígado o bazo de la madre; fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto (Sammons M.N., 1981).

Es importante considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo producen lesiones físicas, impactan además la salud mental de las víctimas. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión; angustia; baja autoestima; aislamiento social; suicidio o intentos reiterados de suicidio; homicidio. En este último aspecto, se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son más altos entre las mujeres maltratadas durante el embarazo, que entre las mujeres de las que se abusó en el año previo al embarazo (Silva y McFarlane, 1994).

En México, el estudio de la asociación entre violencia y el embarazo ha sido reciente. En un estudio pionero que exploró las características e impacto del maltrato durante el embarazo, se identificó un 33.5% de prevalencia entre las mujeres que acudieron al servicio de ginecología del Hospital Civil de Cuernavaca; la mayoría de ellas fue agredida por sus parejas. Además, se demostró la asociación entre violencia durante el embarazo y efectos adversos en el parto, entre los que destacó el bajo peso al nacer; los bebés de las mujeres maltratadas tuvieron una diferencia de peso de hasta 560 gramos en comparación con las que no sufrieron maltrato. (Valdez y Sanín, 1996).

En México, al igual que en otros países de América Latina, la identificación del maltrato en mujeres embarazadas durante la atención prenatal no es un hecho frecuente (González, 1998; Arcos Repossi, Uarac y Arias, 2000; Valdez, 2003). Esto se debe entre otras razones a que aún no

se reconoce a la violencia como un problema de salud pública, que afecta también a las mujeres embarazadas y a sus hijos. Por otro lado, a pesar de la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar", hasta el momento son pocas las entidades que han realizado actividades dirigidas a su implementación. Esta situación de indefinición administrativa aunada a la falta de recursos económicos para llevar a cabo las actividades mínimas de difusión de la norma, tienen como resultado que el personal de salud desconozca la existencia de este importante instrumento.

Por otro lado, se ha documentado que la violencia intrafamiliar es una causa importante de demanda de atención en los servicios de salud, tal como lo señala el estudio realizado en los servicios de urgencia hospitalarios en la Ciudad de México, en donde esta causa representó 19.60% del total de la demanda siendo las mujeres las más afectadas (72%) en comparación con los hombres (28%). El principal agresor de las mujeres fueron sus propias parejas y el grupo de mujeres entre 30 a 34 años edad fue el más afectado (Híjar, Lozano, Valdez y Blanco, 2001).

Con base en todo lo anteriormente expuesto y en las experiencias, el objetivo del presente estudio fue explorar las experiencias de las parteras en la detección y atención de mujeres maltratadas durante el embarazo, y sus fuentes de conocimiento sobre la violencia doméstica, además de explorar los tipos de violencia que identifican.

Metodología

Las parteras entrevistadas en este estudio forman parte del grupo de parteras organizado en el Jardín Etnobotánico del Centro del Instituto Nacional de Antropología e Historia de Morelos, el cual ha auspiciado varias investigaciones sobre las prácticas y recursos de las parteras en el Estado (Avilés, 1985; Marcos y Avilés, 1996). Se seleccionaron las parteras de un directorio que aglutina a 184 parteras de toda la entidad. Este directorio cuenta con la siguiente información: nombre, edad, dirección, teléfono (en algunos casos) y municipio de residencia de cada una de las integrantes.³ Se hizo una selección de aquellas que se ubicaban en

³ Los municipios incluidos son Xochitepec, Sta. María, Coatlán del Río, Temixco,

Cuernavaca y sus alrededores, correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1. En todos los casos se hizo una visita al domicilio o llamada telefónica a las parteras para explicarles los objetivos del estudio y si aceptaban participar se concertó una cita para la entrevista, las cuales se realizaron en sus casas o en las instalaciones del INAH, según lo dispusiera la informante.

En total se llevaron a cabo doce entrevistas semiestructuradas con las parteras de manera individual con un formato abierto y flexible, el cual buscó explorar las formas en que las parteras identifican a mujeres maltratadas embarazadas. El tiempo promedio de la entrevista fue de una hora. Además de las entrevistas, se aplicó una cédula de información sociodemográfica y se incluyó un diario de campo.

Para llevar a cabo la entrevista, se elaboró una guía que se modificó durante el proceso de investigación. Se decidió parar las entrevistas por haber alcanzado el punto de saturación teórica.

La recolección y análisis de la información incorporaron las siguientes estrategias:

- Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para ser revisadas.
- Se procesó cada transcripción para poder realizar el análisis con el apoyo del programa de cómputo *Erbmograph 4.0*.
- Se realizó una codificación fina de cada una de las entrevistas, para ello se elaboró inductivamente un listado de categorías analíticas, las cuales fueron definidas cuidadosamente.

Resultados

En la presente sección se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas a las parteras. En la primera parte describo el contexto en el que tuvo lugar la investigación, así como algunas características de la práctica de las parteras. En la segunda parte, analizo algunas de las categorías desarrolladas para conocer su experiencia en la atención de

Jiutepec, Cuernavaca, Ahuatepec, Tetela del Volcán, Zapata, Axochiapan, Mazatepec, Amacuzac, Aclatlipa, Tlayacapan, Yautepec, Cuautla, Totolapa, Tepalcingo, Anenecuilco, Zacatepec, Tlaltizapán, Tlaquiltenango, Jojutla, Jonacatepec, Puente de Ixtla, Tlalnepantla, Huitzilac, Tepoztlán, Ocotepec y Ocuítuco.

mujeres maltratadas; éstas son: a) proceso de identificación de las mujeres maltratadas en la atención; b) tipos de violencia que identifican las parteras; c) conocimiento e impacto de la violencia doméstica desde la perspectiva de las parteras, y d) intervención y consejos de las parteras a las mujeres maltratadas.

LOS SERVICIOS QUE OFRECEN LAS PARTERAS:
UNA OPCIÓN MÁS ALLÁ DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Según datos reportados por los Servicios de Salud de Morelos (SSM), en 1997 el porcentaje de nacimientos atendidos en las Unidades médicas fue del 63%. En ese mismo año, las parteras atendieron un total de 3 597 partos. La participación de las parteras en la atención de partos en la entidad tiene un impacto significativo, tanto cuantitativa como cualitativamente, según consta en registros oficiales. Por ejemplo, en 1993 atendieron 1 691 partos y en 1996 alcanzaron una cifra de 4 165. En cuanto a la referencia oportuna de embarazadas a las unidades de atención médica, las parteras han incrementado su eficiencia de 87 casos en 1994 a 520 en 1998 (Fuente: S.S-VES-2).

Las parteras llevan a cabo el control prenatal y la atención del parto, a partir de la demanda de las propias mujeres, generalmente de la misma comunidad. Tienen referencia de las parteras, conocen su domicilio y calidad de la atención. Este conocimiento es parte del dominio familiar, vecinal y muchas veces las mujeres han usado sus servicios previamente.

La mayoría de las parteras establece como regla general el tener contacto previo con las mujeres embarazadas para conocer a la paciente e identificar las situaciones de riesgo. Con base en esto deciden si atienden el parto o, en su caso, canalizan al Hospital General o al Centro de Salud correspondiente, incluso en algunas circunstancias llevan a cabo un control prenatal en colaboración con las instituciones de salud. El siguiente testimonio ilustra la opinión de una partera cuando se le preguntó sobre su vínculo con los servicios de salud para la canalización de pacientes con algún riesgo:

Pues yo considero que es muy importante y muy benéfico, porque se presentan casos de embarazos de alto riesgo y pues las referimos, *bueno yo no las re-*

fiero, yo las llevo, yo nunca las mando solas, yo las llevo ya sea al Hospital o al Centro de Salud y a mí me gusta intercambiar opiniones con el doctor, o sea mire doctor yo encuentro a esta paciente así y así, y ahora quiero que usted me dé su punto de vista, y así es como yo he aprendido mucho más, porque el doctor muy amablemente me explica en sus términos médicos y yo pues ya estoy un poquito más preparada. (Ent. 8. Ln. 117-135) [El subrayado es mío].⁴

Sin embargo, no siempre hay oportunidad de garantizar el tiempo necesario para identificar riesgos o problemas en el embarazo y el parto. En las narraciones de las entrevistadas se pudo identificar la *impredecibilidad o falta de control* en la atención de los partos a la que se enfrentan las parteras de manera rutinaria. En todos los casos refirieron haber enfrentado la experiencia de la atención de mujeres que nunca habían visto antes, que llegaban en trabajo de parto o en fase de expulsión, con partos complicados (hemorragias, bebés en mala posición) o ser llamadas de emergencia para atender partos en situaciones extremas.

Estas situaciones enfrentan a las parteras a la disyuntiva de dejar morir a la mujer o atender en la adversidad de dichas circunstancias. En general optan por atender e intentar hacer algo para salvar a las mujeres. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

Pero hay muchas mujeres que son muy dejadas no vienen al control y hay que atenderlas pues rápido porque ya cuando llegan, ya el bebé ya viene, ya ni modo de decirles— No te atiendo porque a ti no te conozco, no te he visto— Y pues ni modo ya se arriesga una— (Ent. 5 380-398).

La misma falta de control sobre las condiciones de su práctica se aprecia a la hora de establecer las condiciones de pago de los servicios que ofrecen. Esto queda claramente expresado en los siguientes testimonios:

—¿Cómo se establece el pago?

—Pues a veces en abonos, luego nos dicen sabe que le voy a dar

⁴ Subrayo esta parte del testimonio ya que ilustra las características del diálogo entre médicos y parteras, donde los primeros a través del uso del lenguaje técnico establecen una distancia con la partera, lo cual se ha señalado como uno de los obstáculos más importantes en la comunicación y colaboración entre ambos. Para profundizar este aspecto, se puede consultar el trabajo realizado por Laura Cao Romero (1998), en su estudio “Entre parteras y médicos: diálogos sobre atención a la salud”.

\$ 100.00 y para la otra semana le llevo otros \$ 100.00, pero no me dicen qué semana y se pasan seis meses o pasa un año y no llegan, no llegan. Hay muchas veces que tenemos que andar como el abonero, tocándoles y la verdad eso a mí eso no me gusta, me molesta porque digo, como van a la hora que sea a interrumpir el sueño y a un grito abierto y para pagar ya no es la misma respuesta (Ent. 2. Ln. 318-340).

—¿Cuánto cobra por parto?

—Le diré que la gente es re mal pagadora, a veces hay unas que le dan \$ 200.00, otras \$ 300.00 o \$ 350.00 o sea que no tenemos un precio, *nosotras no tenemos precio* (Ent. 5. Ln. 434-440) (El subrayado es mío).

En estos comentarios las parteras expresan con claridad las condiciones adversas bajo las cuales llevan a cabo su práctica. El aspecto del pago no sólo refleja las bajas condiciones económicas de la población a la que ellas atienden, sino también la falta de valoración social del trabajo que ellas desempeñan, a pesar de ser un recurso importante para muchas mujeres de estos sectores.

Si tomamos en cuenta que del pago que reciben ellas tienen que gastar en los insumos básicos para la atención de las parturientas, tales como material esterilizado (guantes, pinzas, etc.), material para esterilizar (alcohol, gasas, algodón, etc.), además de su transportación a la casa de la mujer, lo que ellas reciben por sus servicios es casi nada y lo peor del caso, no lo reciben junto, sino en abonos.

LA EXPERIENCIA DE LAS PARTERAS EN EL PROCESO
DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA
QUE SUFREN LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO

La identificación de violencia durante el embarazo no es un hecho frecuente en la atención prenatal realizada por los médicos en los servicios de salud (González, 1998; Valdez, 2000; Arenas, *et al.*, 2002). Por esta razón fue fundamental conocer la experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas en su consulta y así conocer las particularidades de dicho proceso en su práctica. Ante las evidencias empíricas de la frecuencia de la violencia durante el embarazo, se partió del supuesto de que las parteras enfrentan de manera rutinaria la atención de mujeres maltratadas durante el embarazo.

Se exploraron aspectos relacionados con la identificación de embarazadas maltratadas, como la intencionalidad, es decir, si las parteras realizan preguntas dirigidas hacia la identificación de posibles casos de violencia, si ellas toman la iniciativa o no, y las razones para hacerlo.

Un aspecto recurrente en las respuestas fue que la mayoría de las entrevistadas se han enfrentado a varios casos de mujeres maltratadas en su práctica; la mayoría tuvieron abundantes testimonios sobre mujeres maltratadas durante el embarazo. Ante la pregunta ¿sus pacientes le reportan ser maltratadas por sus parejas?, éstas fueron algunas de las respuestas:

—Sí, si me han tocado muchas mujeres cuando están embarazadas van conmigo y me platican sus problemas (Ent. 3. Ln. 582-585).

—Sí, me vienen maltratadas ya embarazadas (Ent. 4. Ln. 568-569).

—Sí, hay varias experiencias muy tristes (Ent. 2. Ln. 392-393).

Sólo en dos casos señalaron no haber atendido nunca a una mujer maltratada. Estas parteras expresaron no haber detectado ningún caso de violencia a lo largo de años de práctica; al explorar las razones que explican este hecho poco común en comparación con la experiencia de sus compañeras, una de las parteras señaló que las condiciones de *aislamiento* que prevalecen en su comunidad han favorecido permanecer lejos de estos *males urbanos*. Este fue uno de los comentarios:

—Pues le diré que en el pueblo⁵ casi no existe que tengan problemas de que el esposo ya les pegó, que ya las golpeó, que ya las corrió, no. No se si todavía seamos un pueblo cerrado, no sé pero estamos mejor. Todo esta muy bien. (Ent. 5. Ln. 469-475).

Llama la atención el énfasis de ambas parteras al señalar la ausencia de violencia en sus pacientes, las cuales pertenecen a comunidades diferentes entre sí: Tres Marías y Cuernavaca. Sin embargo, en el transcurso de la entrevista, en ambos casos, ellas reportaron haber sido víctimas de maltrato severo por parte de sus parejas. Una de ellas es viuda y sufrió la violencia hasta la muerte de su pareja. La otra reportó que después de 28 años de matrimonio, donde hubo maltrato severo, al grado

⁵ Se refiere a la comunidad de Tres Marías, municipio de Huitzilac.

de un intento de suicidio por parte de ella que la llevó a ser internada de urgencia en el ISSSTE, el marido dejó de golpearla a raíz de haber sido diagnosticado como diabético y de la muerte de su suegra, quien vivía con la pareja. Si bien estos no fueron los únicos casos donde las parteras reportaron haber sido víctimas de violencia, llama la atención la dificultad de ambas para reconocer y enfrentar la violencia que sufren sus pacientes. El discurso que manejan es una idealización de las condiciones de sus comunidades, además de que pone en evidencia la negación del problema como mecanismo de defensa ante su propia vivencia, lo cual es una reacción común entre las mujeres que viven violencia severa. Este aspecto ha sido ampliamente documentado en la literatura especializada en el impacto de la violencia en la salud mental de las mujeres. Por ejemplo, Valdez y Juárez (1998), en una revisión amplia de la literatura, encontraron que la exposición a la violencia severa genera distorsiones cognitivas importantes, tales como la disociación y la escisión como mecanismos de defensa de las mujeres para poder sobrevivir estos incidentes.⁶

En lo general se observaron dos tendencias con respecto al proceso de identificación de mujeres maltratadas en la atención. En primer lugar, aquella en donde la partera no pregunta de manera directa sobre la violencia, sino que es la voluntad de las mujeres hablar de sus experiencias. Cabe señalar que esta fue la experiencia más común entre las parteras entrevistadas. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

—¿Usted acostumbra preguntar sobre experiencias de violencia o maltrato en sus pacientes mujeres?

A mí no me gusta, porque bueno yo en primer lugar como que soy muy sensible como que no acepto esa clase de maltratos, *no quiero darme cuenta de eso, sé que existe* pero no quiero, no lo acepto yo en mi persona, entonces yo no les pregunto. Si ellas inician la plática y quieren desahogarse tampoco yo las puedo callar y dejo que hablen, que hablen todo lo que quieran, porque esa es una forma de desahogarse y pues ya si encuentro palabras como orientarlas o darles ánimo pues lo hago, pero en una forma de

⁶ Para profundizar este aspecto se puede consultar: C.Silva, J.McFarlane, K. Soeken, B. Parker, S. Reel, "Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in primary care setting", *Women's Health*, 6(5):488-545, 1997, así como una amplia literatura al respecto.

no mezclarme en este tipo de problemas, sino de buscar la forma en que ella reaccione, que recapacite y pues la ayudo. (El subrayado es mío) (Ent. 2. Ln. 593-610).

Llama la atención en el testimonio anterior la intención de no “darse cuenta” de algo que se sabe que existe, que es común y que afecta a un gran número de mujeres. Así, la partera reproduce la respuesta social más frecuente ante la violencia doméstica: la *negación*; la cual se expresa a través del silencio. Además, la partera pone *distancia* entre ella y la mujer maltratada como una estrategia para no involucrarse, como si con ello se pudiera evitar su existencia. La reacción de la partera entrevistada se explica por la sensibilidad que ella expresa, lo cual le impide manejar emocionalmente su reacción. Este aspecto del testimonio nos ilustra la necesidad de proporcionar al personal de salud las herramientas que les permitan contener sus propias emociones ante las narraciones o evidencias del maltrato en sus pacientes.

A través de las narrativas de las parteras, se pudo apreciar las pocas limitaciones que tienen las mujeres para hablar de la violencia que viven, lo cual nos pone en evidencia, en primer lugar, el nivel de confianza que tienen con la partera que las atiende. En segundo, la necesidad de las propias mujeres de ser escuchadas. Una partera señaló: “*Ellas vienen y nos lo dicen*”. Los siguientes testimonios profundizan en lo anterior:

Sin preguntarles a veces empiezan a decir y a veces con eso mire, se componen (Ent. 9 339-340).

—¿*Cómo ha identificado mujeres maltratadas en su consulta?*

—*Vienen golpeadas, llorosas, llegan desveladas muy deprimidas y pues empiezan a platicar... En otras ocasiones pues se da una cuenta porque llegan golpeadas, llorosas quejándose con uno...* (Ent. 12 300-308).

En otros casos, las parteras reportaron llevar a cabo preguntas explícitas para identificar posibles situaciones de violencia entre sus pacientes, sobre todo cuando tienen sospechas, como la presencia de viejas lesiones físicas, moretones, nariz chueca, ojos morados, o por la actitud de la mujer de timidez y miedo. Algunas parteras señalaron varias características que delatan a las mujeres maltratadas, tales como: la timidez, ser miedosas, incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado a su salud y un des-

cuido visible en su apariencia. Estas señales permiten preguntar de manera directa. El siguiente testimonio ilustra lo anterior:

—¿Cómo ha identificado mujeres maltratadas en su consulta?

—Pues a veces porque son cohibidas, como que tienen miedo de verla a una de frente, como que esconden ese miedo, sienten que la va a ver uno así diferente, entonces les digo ¿Te maltrata tu esposo? ¿Te golpea? ¿Pasa algo con él?

—Dime, yo te voy a ayudar, si está en mis manos yo te ayudo. Primero la confianza para que ellas puedan sacar todo lo que traigan, encima yo también fui maltratada y no quiero que haya más mujeres así. Entonces cuando yo les empiezo a platicar algo de lo mío, así ya se sueltan. (Ent. 12. Ln. 618-638).

Es importante observar la estrategia de la partera para identificar señales que ella bien sabe están relacionadas con el abuso a la mujer, además se pone de manifiesto su sensibilidad para dar confianza, brindar apoyo y hablar de su propia experiencia, lo cual le abre las puertas para enfrentar de manera directa la violencia que sufren las mujeres. La partera, a partir de su conocimiento vivencial, pone en juego todo lo que el personal especializado ha señalado como los pasos a seguir para realizar un adecuado proceso de identificación, el cual incluye: observar señales de alarma, preguntar de manera directa sobre la violencia, brindar apoyo y hacerle ver a la mujer que la violencia es algo común para muchas mujeres.

Otra partera señaló la observación de ciertos síntomas que le permiten suponer que la mujer está siendo maltratada y entonces pregunta directamente. Este es su testimonio:

¿Cómo identifica usted a mujeres maltratadas en su consulta?

Pues a veces que le sube la presión, que hacen coraje, que traen un dolor y luego ahí les empiezo a preguntar, y me dicen: hice coraje, me peleé con mi marido, y ya de por ahí sale. *Por eso se da uno cuenta, porque en el momento les sube la presión, están llorando, se sienten mal* (Ent. 9. Ln. 324-334) (el subrayado el mío).

El testimonio anterior nos ilustra cómo la violencia repercute de manera directa en el bienestar de la embarazada a través de la presencia

de un malestar generalizado, que se manifiesta en la elevación de la presión arterial y un dolor difuso que la partera identifica claramente como consecuencia del coraje hecho por la mujer con el marido.

Tipos de violencia que identifican las parteras

Existen diferentes tipos de violencia en contra de las mujeres embarazadas; cada una de ellas tiene implicaciones distintas para la salud (Beren-son, Wiemann, Wilkinson, Jones, Anderson, 1995; Valdez y Sanín, 1996; McFarlane, Parker y Soeken, 1996). Por otro lado, algunas expresiones de la violencia son más visibles que otras ante la mirada del personal de salud, tal como se ha explorado en estudios anteriores (Valdez, 2002). Por ello fue importante indagar acerca de los tipos de violencia que son más evidentes a la mirada de las parteras y aquellos que permanecen imperceptibles.

En todos los casos la violencia más evidente fue la de tipo físico. En varias ocasiones las parteras señalaron haber visto a sus pacientes con lesiones visibles en diferentes grados de intensidad, los cuales incluyen: moretones en cara y cuerpo, moretones en el vientre ya avanzado el embarazo, cortaduras de machetazos en brazos y manos, labios reventados, ojos morados y costillas fracturadas.

Cabe mencionar que la violencia física identificada por las parteras varió en términos de severidad, es decir, que identifican tanto casos de violencia “leve”, cuyas lesiones más frecuentes son los moretones y contusiones en diferentes partes del cuerpo; como casos de violencia “severa”, considerada así por el grado de peligrosidad de las lesiones infligidas en contra de la mujer. Los testimonios en que se involucró violencia severa fueron frecuentes en la narrativa de varias de las parteras entrevistadas. Una de ellas narró el caso que más le ha impactado en su experiencia, el testimonio se refiere a una señora que tuvo un trabajo de parto prematuro como consecuencia de la golpiza que su marido le propinó cursando el tercer trimestre del embarazo:

—Me llamó una vecina que fuera a ver a la señora que se quejaba de muchos dolores, pero que ella no tenía todavía el tiempo para el parto normal. —Yo le dije— dígame que venga, aquí la voy a checar. —No— doña es que no puede caminar, la golpeó su esposo. —Estaba la pobre con el ojo cerra-

do, la boca bien inflamada, bien moreteada. Le dije a la señora —¿qué le pasó?—, es que llegó (el marido) y me pegó. Me dijo que no le servía ya como mujer, que yo nada más servía cuando no estaba embarazada.— La chequeé, le dije que el bebé ya iba a nacer, pero yo no quería atenderla porque tenía hemorragia. Me dijo —atiéndame usted. —No— le dije—. Este parto viene mal.

La chequeé y el niño no se le movía muy bien. Tenía la presión (arterial) muy alta. Yo le expliqué —usted puede tener una convulsión y que hacemos aquí. Mejor vamos, mejor yo la llevo al hospital.

—Tengo miedo— me dijo.

—No, yo la voy a acompañar.

La llevé al hospital, le expliqué al doctor mire a la señora la golpearon, está embarazada pero no está a término y ya tiene contracciones.

—¡Qué barbaridad! Esta señora está muy golpeada— me dijo el doctor. Le tomaron una radiografía, tenía fracturada una costilla, tenía una pierna luxada. Estaba muy mal.

La señora dijo que el marido le había dado de patadas en el vientre. Tenía el vientre todo morado.

En el hospital el bebé nació con fractura de su hombrito, le pusieron una férula y se compuso el bebé. Nació de muy bajo peso, sobre todo el bebé lloraba mucho, a pesar de comer, lloraba mucho. (Ent 9. Ln. 1137-1269).

En este testimonio, además de la intensidad de imágenes y emociones que evoca, es importante resaltar varios de los aspectos que ilustra. En primer lugar, pone en evidencia la severidad de la violencia que algunas mujeres experimentan durante el embarazo, las patizas dirigidas al abdomen de la mujer embarazada fueron también reportadas en un estudio similar entre los médicos del primer nivel de atención (Valdez, 2004).

Otro aspecto a considerar es el nivel de control que el hombre ejerce sobre el cuerpo de la mujer, dicho deseo se ve limitado ante la presencia *del otro* ocupando el espacio y cuerpo de la mujer “que le pertenece”. Esta imposibilidad de *uso* sexual de *su* mujer es lo que le produce una profunda rabia y acomete directamente en contra del vientre visiblemente preñado, dejándolo seriamente lastimado, para lo cual tuvo que haber empleado mucha fuerza.

Ante la severidad de un ataque como el descrito anteriormente, se puede afirmar que sí existe una intención del hombre de hacer daño

tanto a la mujer como al bebé. Por otro lado, pone en evidencia el nivel de vulnerabilidad de una mujer embarazada ante un ataque de esta magnitud, tal como lo ilustran las lesiones: la fractura y la luxación. Sobre todo, la precipitación prematura del parto, la hemorragia y la preeclampsia que ponen en riesgo su vida y la del bebé.

El testimonio también ilustra el impacto de la violencia en el bebé en gestación, lo cual ha sido ampliamente reportado en la literatura especializada: el bajo peso y fracturas fetales. Incluso la cercanía de la partera con la mujer, nos permite aproximarnos a niveles más subjetivos del impacto de este tipo de violencia, por ejemplo el hecho de que el bebé llorara más de lo común para los recién nacidos.

Con respecto al reconocimiento de otros tipos de violencia en la práctica de las parteras, la violencia verbal es una experiencia común en las mujeres embarazadas. Las riñas y peleas con el marido son reportadas por las mujeres con regularidad a las parteras. En el caso de la violencia sexual, la mayoría de las parteras dejan que sean las propias mujeres las que hablen de este tipo de experiencias, pues lo consideran muy delicado para abordarlo de manera directa. Algunas de ellas comentaron que sus pacientes reportan que los maridos las acosan sexualmente durante el embarazo o en el puerperio. Otra experiencia común en las parteras fue la identificación de casos de mujeres violadas, tanto las que son abusadas por sus parejas como aquellas que son violadas por desconocidos, y como consecuencia la mujer queda embarazada.

Una partera comentó sobre un caso de una mujer que fue violada por el marido después de parir por haber tenido una niña más. Este fue su testimonio:

—Ella tenía mucha niña y a la última que le atendí el marido me preguntó

—¿Qué fue, doña Angela?

—Otra niña —le contesté.

—El marido nos trató de mujeres malas (insultó a la mujer y la partera) y me dijo ¡Mátela!

—¡Cómo que yo la mate! ¡Yo no la mato! Aquí se la entrego, pero si yo mañana vengo a ver a la señora y no está la criatura, lo denuncio.

—Al otro día fui y la señora tenía una hemorragia y no quería decir nada, pero el marido abusó de ella. La violó el marido después de parir. (Ent. 1. Ln. 466-485).

Este testimonio deja ver en toda su crudeza uno de los argumentos más usados para maltratar a las mujeres en el puerperio: atribuirle la responsabilidad a la mujer de determinar el sexo del bebé. El castigo que recibe la mujer por no satisfacer al padre, que reclama su derecho a tener un hijo hombre, es ser violada y ultrajada como mujer y madre. Lesionada en su cuerpo con toda la intención de hacer daño, de castigar, de causar dolor, más allá de la hemorragia como consecuencia de la violación, el acto nos enfrenta al profundo sufrimiento de una mujer sometida a un control absoluto de su ser y su cuerpo. Pero el testimonio, también nos ilustra el profundo desprecio hacia el género femenino personificado por la bebida recién nacida, el nuevo ser es recibido con un “¡Mátenla!” por haber nacido mujer. No resulta difícil imaginar el futuro de la niña, la calidad de vida de ella, sus hermanas y su madre. Cuando se le preguntó a la partera qué había pasado con la familia, ella contestó:

Ya se murieron los dos [el hombre y la mujer]. Ella murió de cáncer en la matriz. Las hijas no sabemos por dónde andan. Se fueron de aquí (Ent. 1. Ln. 520-525).

*Conocimiento de la violencia doméstica
desde la perspectiva de las parteras*

Conocer la información con la que cuentan las parteras en materia de violencia doméstica fue sustancial en la entrevista. Se sondearon los diferentes aspectos de adquisición de conocimientos tales como pláticas, talleres, lecturas de revistas, etc. La respuesta no fue homogénea para todo el grupo. La mitad ha tenido capacitación especializada, mientras que el resto no ha recibido ningún tipo de información. Quienes han tenido capacitación son aquellas que están vinculadas con organizaciones civiles de la entidad; entre las mencionadas por las mujeres se encuentran CIDHAL (Centro para mujeres), la Comisión Independiente de Derechos Humanos y el Comité de Maternidad sin Riesgos.

Estas fueron algunas de las respuestas de quienes reportaron haber recibido información o capacitación especializada:

—¿Ha recibido alguna información sobre violencia doméstica o maltrato a mujeres?

—Pues sí nos han orientado que hay unas instituciones en donde les dan protección a mujeres violadas, menores de edad a las que son maltratadas. Sí nos han dicho que hay quien puede ayudar a este tipo de personas (Ent. 7. Ln. 525-532).

Sí, de hecho sí, me invitan a mí como partera porque saben que me encanta ese tema y que me interesa documentarme y saber más sobre dónde apoyarme (Ent. 6. Ln. 649-653).

—Sí, tuvimos una plática acerca de las mujeres violadas. Nos dieron un folletito para que supiéramos a donde mandar a las mujeres violadas. A mí me sirvió porque me llegaron como tres embarazadas que fueron violadas (Ent. 3. Ln. 681-696).

—Yo me he informado porque voy a CIDHAL, ahí sí he recibido información (Ent. 8. Ln. 357-360).

Por su parte, las parteras que no han recibido capacitación en violencia, se expresaron de la siguiente manera:

—¿Ha recibido alguna información sobre violencia doméstica o maltrato? No, en los cursos [se refiere a los cursos que ha tomado por parte de la SSA y del IMSS] no nos han hablado de eso (Ent. 9. Ln. 367-372).

—No, nunca. (Ent. 5. Ln. 498).

Se observaron diferencias entre quienes han recibido información y quienes no, sobre todo en relación con poder caracterizar el impacto de la violencia durante el embarazo. Si bien todas señalaron que la violencia durante este periodo afecta la salud y pone en peligro el curso del embarazo, las parteras informadas pudieron precisar impactos específicos de la violencia, a diferencia de quienes no tienen capacitación.

Las repercusiones señaladas por las parteras informadas fueron: los abortos, los partos prematuros, el bajo peso tanto en la mujer como en el bebé, la baja autoestima en la mujer y en los bebés, los intentos de suicidio en las mujeres y el ejercicio de la violencia en contra de los hijos para desquitarse de la violencia que sufren como mujeres.

Un punto en común en todas las parteras entrevistadas fue señalar al bebé como el principal receptor de la violencia durante este periodo. El impacto al bebé se expresó a diferentes niveles, uno se refiere a la pérdida del embarazo. La asociación entre violencia y aborto (ya sea espontáneo o provocado) fue un aspecto frecuentemente señalado

por las parteras entrevistadas. Los siguientes testimonios ilustran este aspecto:

—¿Cuales cree usted que serían las principales repercusiones del maltrato durante el embarazo?

Principalmente al bebé que está por nacer, ese es el que lleva todas, porque ya no quieren que nazca este bebé. Porque lo rechazan tanto el padre como la madre, el padre le pega a la mujer, la humilla, dice que no es hijo suyo y de ahí viene el deseo de abortar; la primera idea de las mujeres es abortarlo por los reclamos de los hombres (Ent. 2. Ln. 688-703).

—Pues el niño que se les viene y los abortan, por un coraje o que les pegan si les viene el niño. Luego dicen “me pegaron” y se les vienen las contracciones. Porque esa mujer ya no come, no puede dormir, ya nada (Ent. 9. Ln. 377-385).

Otra dimensión del impacto al bebé señalada por las parteras, se refiere a las consecuencias a largo plazo, tales como: traumas en los niños, niños que son golpeados por las madres como consecuencia del maltrato que ellas viven y se vuelven groseros, problemáticos; niños que nacen deprimidos, distraídos, retraídos con baja autoestima. Todo ello puede derivar en la delincuencia.

Intervención y consejos de las parteras a las mujeres maltratadas

Está ampliamente documentado que existen serias dificultades para dar consejos a cualquier mujer maltratada que lo solicita. Esto se debe a varias razones. Por un lado, la complejidad inherente a la problemática de la violencia doméstica nos enfrenta a la falta de servicios especializados en la mayoría de las ciudades del país. En el caso de Morelos, los pocos servicios existentes se concentran en la ciudad de Cuernavaca, y no siempre son accesibles a la mayoría de la población que así lo requiere. Cabe mencionar que hasta el momento no existen en la entidad servicios integrales a mujeres maltratadas que contemplen el apoyo psicológico, médico y legal.

Además, el personal de salud, de cualquier nivel de atención, no cuenta con los conocimientos y herramientas para identificar, atender y referir los casos de violencia. Las parteras no son la excepción, si bien algunas han recibido información a través de su contacto con organizacio-

nes de mujeres y de derechos humanos de Cuernavaca, la mayoría no cuentan con el apoyo necesario para orientar adecuadamente a las mujeres maltratadas que lo solicitan; pese a esta limitación se pudo observar la disposición de apoyo de las parteras hacia sus pacientes.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres maltratadas una vez que hablan de la violencia que sufren, piden algún tipo de consejo a quien las atiende. Esta misma situación pudo observarse en el caso de la práctica de las parteras, es decir, la mayoría son requeridas como consejeras, no sólo en relación con los cuidados a la salud de la embarazada, sino también en los casos en que sufren de problemas matrimoniales, muchos de ellos relacionados con algún tipo de violencia. En estos casos las parteras se convierten en consejeras que llegan incluso a intervenir con los maridos o la familia a favor de la protección de las mujeres que buscan su apoyo.

Sin embargo, su presencia en la misma comunidad, tanto de las mujeres maltratadas como de los abusadores, las coloca en una situación paradójica y complicada. Por un lado, les interesa brindar apoyo a las mujeres que así lo demandan, pero por el otro, temen la reacción de los hombres violentos o verse comprometidas en situaciones de este tipo. Los siguientes testimonios ilustran estos temores. En algunos casos este temor se exagera por la falta de discreción de las mujeres maltratadas que informan a los maridos de los consejos proporcionados por la partera. Estos fueron algunos comentarios que expresan esta situación:

—Las mujeres van y les platican a los maridos.

—¡No seas tonta!— les digo— no le platiques a tu marido.

—¿Por qué vas y le platicas a tu marido? ¿Cómo me va a tomar a mí? Como una mala consejera y, aunque lo que estoy haciendo no es un mal, es un bien para ti (Ent. 3. Ln. 666-673).

—Mi intención no es andar divorciando gente ni mucho menos, sino ayudarlas, ayudarlas a que nos traten con igualdad a hombres y mujeres, porque somos seres humanos (Ent. 6. Ln. 605- 610).

Entre los consejos proporcionados por las parteras, podemos identificar aquellos que sugieren que la mujer debe de buscar algún tipo de ayuda *profesional*, ya sea a través de una institución como el DIF, algún servicio médico o apoyo psicológico gratuito. Esto queda expresado en el siguiente testimonio:

—Yo a veces le recomiendo pues que si hay manera de ir con un psicólogo que vaya, luego les digo mira aquí en el dispensario médico, ahí no te cobran, siquiera con unas tres o seis pláticas que te den ya con eso, si quieres yo voy a hablar y a veces algunas me dicen que sí y ya no vuelven. (Ent. 3. Ln. 656-673).

Sin embargo, no en todos los casos las mujeres buscan apoyo para ellas, ya sea de orientación o de asistencia. Algunas de las demandas van en el sentido de buscar soluciones definitivas, como meter a la cárcel al marido. En estos casos, las parteras enfrentan dificultad para apoyar la demanda de la mujer dadas las limitaciones para acceder a los servicios de apoyo legal especializados. A pesar de ello, una vez más el apoyo de las parteras se manifiesta al fungir como acompañantes para asistir a las instancias legales, lo cual en una situación de violencia es un apoyo sustancial. Además se observaron algunos casos en donde sus intervenciones y orientaciones fueron exitosas. Tal como se observa en el siguiente testimonio, en donde la partera narra su experiencia en la atención a una mujer maltratada que le pidió ayuda. En este caso, la mujer era golpeada por el marido con un machete de cinta, le pegaba en la espalda y en las piernas, a todo lo que es el vuelo del machete. Las marcas que le dejaba eran de un morado intenso, que algunas veces sangraban.

—Yo le decía que no debería de dejarse, de permitir eso. Le aconsejaba que buscara ayuda en el DIF, pero ella no quería que le dieran ayuda, sino que lo metieran a la cárcel. Entonces yo le decía:

—Yo a meterlo a la cárcel no te puedo ayudar. Pues porque tienes que ir a levantar un acta, tienes que ir a ser esto y hacer lo otro. Tú eres la que lo tiene que hacer, yo te puedo acompañar a donde tu quieras, pero piensa bien lo que vas a hacer porque si al rato vas a andar juntando dinero para pagar la multa, pues vas a salir hasta poniendo ¿no? Bueno pues en una de tantas se decidió, yo la acompañé y ahorita se está divorciando de su esposo (Ent. 8. Ln. 254-273).

Otras veces las parteras se enfrentan a los hombres violentos arriesgándose ellas mismas. Una partera comenta haber atendido a una mujer después de que le pegó su marido. Estaba moreteada del vientre de un embarazo ya avanzado. La mujer fue a la casa de la partera para buscar su ayuda, el marido fue a buscarla a casa de la partera para llevársela. Ella lo enfrentó así:

—sabes que ya no te la vas a llevar.

—¿Por qué señora? Es mi esposa.

—Sí, pero estoy en mi casa y no te la vas a llevar—. La llevé al Ministerio Público. Ahí la trasladaron al hospital y llevaron su proceso. Ya no supe si a él lo embotarían. Pero sí damos (las parteras) auxilio, *cualquier cosa damos auxilio*. (E. 4 657-688) (El subrayado es mío)

La partera hace uso de su autoridad dentro de la comunidad y eso detiene al agresor, esta intervención sirve para buscar la ayuda necesaria en un caso de emergencia como el anterior, pero también se pone de manifiesto la disposición de las parteras para apoyar en cualquier emergencia. Esta actitud se extiende hacia los casos de violencia, tal como quedó claramente expuesto en el comentario anterior.

Además de los consejos que las parteras proporcionan a sus pacientes, en algunos casos llevan a cabo estrategias de *intervención terapéutica* para atender a las mujeres *alteradas de los nervios* a consecuencia de riñas con los maridos; ante la frecuencia de este tipo de casos y ante la evidencia de cómo los problemas maritales influyen en el buen desarrollo del embarazo, las parteras manejan una serie de estrategias terapéuticas que van desde dejarlas hablar todo lo que quieran, dejarlas llorar cuando así lo requieren, hacerles infusiones, darles algún masaje para relajarlas y escucharlas con atención. Todas estas intervenciones tienden al alivio de las mujeres que las consultan. Un ejemplo de cómo lo hacen, se ilustra en el siguiente testimonio:

A veces llegan con un dolor muy fuerte, ya nada más las acuesto, les empiezo a preguntar. —¿Quieres llorar?— Lloren todo lo que quieran, ya se van calmando, ya les doy un tecito, para tranquilizarlas aunque sea de hojitas de naranja, nada más la fe. Yo a veces les doy mezcal con miel y les cae bien. Bueno yo así veía que les daba mi abuelita, les cae bien, se confortan. Eso les hace mucho bien, dicen —¡Ay qué me dio! Que me sentí bien, ya no estoy mal—. Y eso les hace bien (E9 341-361).

La partera está haciendo una intervención terapéutica exitosa, la cual implica una escucha sin prejuicios; en un ambiente de confianza, deja que la mujer exprese su sufrimiento y malestar. La respuesta de las mujeres confirma lo anterior, se sienten reconfortadas por la atención recibida.

Otro aspecto a resaltar de las intervenciones de las parteras es el valor que le atribuyen a su intervención en este tipo de casos, se sienten satisfechas de poder ayudar a las mujeres abrumadas por el maltrato. El testimonio de una partera que tomó un curso de tres días para defender a mujeres maltratadas, ilustra lo anterior:

“Yo misma las llevo con la licenciada y ellas a su vez las mandan con las terapeutas y les dan seguimiento a su caso, yo me doy cuenta cuando veo el caso que salió bien y eso, entonces eso *es una satisfacción para mí, poder ayudar a mis gentes, a mis mujeres* porque yo fui mujer maltratada” (E6 140-149) (El subrayado es mío).

Esta satisfacción expresada por la partera cobra un sentido especial por su condición de haber sido ella misma maltratada por su marido, ayudar a otras mujeres representa en este caso una oportunidad de apoyar a otras mujeres a salir adelante de la situación que viven, buscar nuevas posibilidades más allá de la violencia.

CONSIDERACIONES FINALES

A manera de reflexión final, me parece importante profundizar en algunos aspectos relacionados con los hallazgos más sobresalientes del estudio, tanto en lo que se refiere a las condiciones de la práctica de las parteras como los relacionados con su experiencia en la identificación y atención de mujeres maltratadas durante el embarazo.

En relación con las características de la práctica de las parteras, me parece importante resaltar las condiciones adversas bajo las cuales las parteras desarrollan su trabajo de manera rutinaria, como son las situaciones de emergencia a las que se enfrentan en la atención de los partos complicados, la baja retribución económica que reciben por tan importante labor y la falta de reconocimiento del sector salud.

Según cifras oficiales, las parteras en Morelos han incrementado su eficiencia seis veces en cuanto a la referencia oportuna de embarazadas entre 1994 y 1998. Este incremento en su eficiencia no se traduce en mejores condiciones o apoyos económicos para desarrollar su práctica. Si bien son constantemente invitadas a capacitaciones organizadas por diferentes instituciones de salud, lo cual probablemente ha mejorado su

eficiencia en la referencia y en la detección de signos de peligro en el parto,⁷ lo cierto es que no cuentan con apoyos específicos para llevar a cabo su labor como agentes de primer contacto con las mujeres.

Son las parteras las que “*convencen*” a las mujeres y sus familias del peligro que corren si no acuden al hospital más cercano, tal como pudimos apreciarlo en los testimonios de las parteras entrevistadas, ellas realizan la atención prehospitalaria, la cual es determinante en una urgencia médica. Además, la mayoría de las veces, ellas mismas acompañan a la mujer en su traslado al hospital; la *referencia* para ellas tiene un significado diferente al entendido para el médico, no implica mandarla al servicio, ellas van con las mujeres y sus familiares, les dedican tiempo y dinero de su bolsillo para garantizar que las mujeres lleguen oportunamente a los hospitales y salven sus vidas.

Por otro lado, la participación de las parteras en la atención de partos en Morelos ha tenido un aumento de casi 250%, ya que en 1993 atendieron 1 691 partos y en 1996, 4 165. Esto quiere decir que ellas están liberando anualmente a los servicios de salud de una cifra significativa de partos, lo cual se traduce en costos. Por ejemplo, si tomamos en cuenta el costo por parto de \$ 408.00⁸ para la SSA, hecho por Arredondo y cols. (1995) y lo multiplicamos por el total de partos atendidos por las parteras en 1996, esto nos da una cifra de \$ 1 699 320.00, lo cual representa el ahorro de los servicios de salud de Morelos por la intervención de las parteras en la atención de los partos. Estos costos los absorben las familias y las propias parteras, quienes a través de su fuerza de trabajo y del pago de su bolsillo de ciertos insumos, están liberando al estado de su función social de garantizar la salud de las mujeres y los recién nacidos. Con base en lo anterior podemos enfatizar la importante labor que realizan las parteras en el ámbito social como agentes de salud comunitaria, por lo que sería indispensable brindarles apoyos concretos, más allá de las “capacitaciones” que regularmente se diseñan para ellas. En

⁷ La relación entre la eficiencia de las parteras para identificar signos de riesgo obstétrico y las capacitaciones que reciben del sector salud sería un aspecto a explorar con mayor profundidad, lo cual rebasa los objetivos del presente estudio.

⁸ Para este cálculo se consideraron los siguientes elementos: infraestructura física, recursos humanos, equipo médico quirúrgico, instrumental médico-quirúrgico, mobiliario clínico, mobiliario general, material de curación no desechable, material de curación desechable, medicamentos y soluciones, día-cama, servicios generales y servicios de apoyo administrativo.

primer lugar dignificar su trabajo, reconocer la importancia del mismo y no manejar un doble discurso, por un lado incluyente y por el otro, de menosprecio.

En relación con la experiencia de las parteras entrevistadas en la identificación y atención de mujeres maltratadas durante el parto, quisiera resaltar varios aspectos. En primer lugar, las *señales sutiles* de la violencia que algunas parteras identifican y que delatan a las mujeres maltratadas, tales como la timidez, ser miedosas, incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y un descuido visible en su apariencia. Estas características ya habían sido reportadas por algunos médicos del primer nivel (Valdez, 2000), sin embargo, quisiera profundizar en la asociación de la violencia doméstica con el descuido de la salud de las mujeres. Si bien en la mayoría de los estudios sobre violencia y salud se resalta el hecho del impacto de la violencia en términos de lesiones físicas, una forma de impacto imperceptible se refiere a la imposibilidad de las mujeres maltratadas de tomar decisiones de cuidado para su salud. Este dato es de suma importancia para el personal de salud que tiene un contacto directo con mujeres maltratadas, ya que debe ser tomado en cuenta a la hora de la consulta y no malinterpretar ese *descuido*. Esto refleja la forma de control que el abusador tiene sobre el cuerpo y la psique de la mujer maltratada, hecho que ha sido documentado en la literatura especializada, la cual señala las alteraciones cognitivas como consecuencia de la violencia, entre las que resalta la pérdida de noción del peligro (Valdez y Juárez, 1998).

Otro aspecto que merece una reflexión especial es la recurrente narración de las parteras de testimonios de mujeres golpeadas en el abdomen en un estado avanzado del embarazo. Si bien en este trabajo sólo se incluye uno de ellos, esto fue algo frecuente en las entrevistas. Este aspecto ha sido reportado tanto en el ámbito nacional como internacional. En México en 1990, en un estudio a población abierta, se reportó que el 20% de las mujeres maltratadas había experimentado golpes en el vientre estando embarazadas (Valdez y Shrader, 1992). En el ámbito internacional, Bohn en 1990, ha señalado que la violencia es más frecuente y severa durante el embarazo y con mayor frecuencia dirigida al abdomen.

Por último, es necesario hacer algunas recomendaciones a partir de los resultados del estudio. En primer lugar, es urgente incluir a las parteras dentro de los planes y programas para atender a las mujeres maltratadas, tanto aquellas que están embarazadas como aquellas que no lo están,

debido a que la práctica de las parteras va más allá de atender a las embarazadas. Como se pudo apreciar en los testimonios, la partera es un agente de salud de suma importancia en la comunidad, sobre todo, por estar comprometidas con la salud y bienestar de las mujeres que las consultan.

Por otro lado, la mayoría de las parteras entrevistadas expresó interés en conocer más sobre violencia, sus repercusiones para la salud y sobre todo, en cómo poder ayudar a las mujeres que demandan su apoyo y solicitan sus consejos. En este sentido se propone diseñar un manual y programa de capacitación sobre la materia, especialmente diseñado para las parteras, tal como se hizo en el caso del personal de salud.⁹

BIBLIOGRAFÍA

- AGOSTONI, Claudia, "Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato", en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela (coords.), *Cuatro Estudios de Género en el México Urbano del Siglo XIX*, México, PUEG-Porrúa, 2001, pp. 71-95.
- ARREDONDO, Armando, Teresa DAMIÁN y Esteban DE ICAZA (1995). "Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México". *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 5, pp. 437-445.
- BERENSON, A.B., C.M. WIEMANN, G.S. WILKINSON, W.A. Jones y G.D. Anderson, *Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women*. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(5):16445.
- BOHN, D.K., *Domestic violence and pregnancy. Implications for practice*. *J Nurse Midwifery* 1990; 35(2) pp. 86-98.
- BOWKER, L.H., y L. MAURER (1987). *The medical treatment of battered wives*. *Women & Health*, 12(1), 25-45.
- BULLOCK, J. MCFARLANE, *The birth weight bettering connection*. *American Journal of Nursing* 1989; 89(9):1153-1155.
- CARRILLO, R., *Bettered dreams: violence against women as an obstacle to development*. New York: United Nation Fund for Women, 1992.
- CASTAÑEDA, Xochitl (1992). "Embarazo, parto y puerperio: Conceptos y prácticas de las parteras en el estado de Morelos". *Salud Pública de México*, núm. 34, 1992, pp. 528-532.

⁹ Elú Ma. del Carmen, Elsa Santos, Rosario Valdez, Luz María Arenas, Roberto Castro, Marcela Rivera y María Acha (2000), *Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*, México: Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México.

- CASTRO, Roberto, Rosario VALDEZ, Luz María ARENAS, Agustín RUIZ (2001). *Violencia contra mujeres embarazadas en Morelos (México): un estudio sociológico sobre prevalencia y severidad*. En prensa.
- CECOVID, A.C. *Aún la luna a veces tiene miedo. Una aproximación a la violencia doméstica en México*; 1992, México, D.F.
- DÁVALOS, Marcela, “El ocaso de las parteras”, en Cuicuilco. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, nueva época, vol. 2, núm. 6, enero-abril, 1996, pp. 197-200
- Diario Oficial de la Federación*, Norma Oficial Mexicana, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999), Secretaría de Salud, 8 de marzo, 2000.
- ELÚ, Ma. del Carmen, Elsa SANTOS, Rosario VALDEZ, Luz María ARENAS, Roberto CASTRO, Marcela RIVERA y María ACHA (2000). *Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*, México: Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México.
- GAZMARARIAN, J.A., S. LAZORICK, A.M. SPITZ, T.J. BALLARD, L.E. SALTZMAN y J.S. MARKS, *Prevalence of violence against pregnant women*. JAMA, June 26, 1996, vol. 275, núm. 24.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad, “La violencia doméstica y sus repercusiones en la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla)”, en *Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos*. Fundación MacArthur/Asociación Mexicana de Población, México, 1998, pp. 17-54.
- HEISE, Lori, J. PITANGUY y A. GERMAIN (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- IMSS-COPLAMAR, Encuesta de Programas IMSS-COPLAMAR y la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS, México, 1984.
- MARCOS, Sylvia, y Margarita AVILÉS (1996). “Entre la medicina y la tradición: Las parteras de Morelos” en *Maternidad sin riesgos en Morelos*, pp. 115-129.
- McFARLANE, Judith, B. PARKER, K. SOEKEN, *Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight*. Nursing Research 1996; 45(1), pp. 37-42.
- McLEER, S.V. y R. ANWAR, *A study of battered women presenting in an emergency department*. AmLPublic Health, 1989; 79:65-66.
- NEWBERGER, E. et al., *Abuse of pregnant women and adverse birth outcome*. JAMA 1992; 267(17):121-123.
- RAMÍREZ, Juan Carlos, y Griselda URIBE, *Mujer y violencia: un hecho cotidiano*. Salud Pública Mex 1993; 35:148-160.
- RODRÍGUEZ, M.A., S. SZKUPINSKIN, H.M. BAUER, *Breaking the silence. Battered*

- women's perspectives on medical care*. ARCH FAM MED vol. 5, mar 1996. 153-158.
- SECRETARÍA DE SALUD (1994). *El perfil de la partera tradicional en México*. 139 p.
- SUGG, N.K. Inui. *Primary care physicians' response to domestic violence*. JAMA 1992; 267(23).
- VALDEZ, Rosario, "Respuesta del personal médico en la atención de mujeres maltratadas durante el embarazo: el caso de la consulta prenatal en los Centros de Salud de Cuernavaca, Morelos". Marta Torres (ed.) en *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México. 2004.
- VALDEZ, Rosario, y Clara JUÁREZ, *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México*. Salud mental, vol. 21, núm. 6, diciembre de 1998, pp. 1-10.
- VALDEZ, Rosario, y Elizabeth SHRADER, "Características y Análisis de la Violencia Doméstica en México: el caso de una microregión de Ciudad Netzahualcóyotl". En: *Aun la luna a veces tiene miedo...* México: Centro de Investigación y lucha Contra la Violencia Doméstica, A.C. CECOVID, 1992: 35-49.
- VALDEZ, Rosario, y Luz Helena SANÍN, *La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer*. Salud Pública Mex 1996; 38(5):1-11.

II
REPRESENTACIONES DEL CLIMATERIO

“TU INCAPACIDAD DE SER MUJER...”: LA MENOPAUSIA Y SU REPRESENTACIÓN*

BLANCA PELCASTRE VILLAFUERTE¹

La menopausia es un evento del que se han hecho diferentes lecturas. Ha sido descrito desde la medicina así como desde la psicología y otras ciencias afines por estar relacionado con la biología tanto como con la cultura. En el siguiente apartado se abordarán el discurso médico y el de las ciencias sociales alrededor de este evento, al igual que sus implicaciones.

CONSTRUCCIONES SOBRE LA MENOPAUSIA

El discurso médico sobre la menopausia la presenta como el proceso de suspensión definitiva del ciclo menstrual. La disminución creciente de estrógenos en este periodo ha sido asociada con diversos problemas físicos incluyendo los depósitos arteriales de grasa que provocan la formación de coágulos intra-arteriales y el desarrollo de trastornos en el metabolismo del hueso (McCary y McCary, 1983).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la menopausia se puede definir como la cesación permanente de la menstruación como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica. Esta atribución se establece una vez que han transcurrido 12 meses de amenorrea o pérdida de la regla, no debida a otros factores como embarazo o lactancia (Sowers y La Pietra, 1995). Entre las consecuencias biológicas que se derivan de es-

* Agradezco al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México por el apoyo recibido para llevar a cabo la presente investigación; y a la Dra. Ivonne Szasz del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, por sus valiosos comentarios y su asesoría a lo largo del estudio.

¹ Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

te evento se cuenta la resequeidad excesiva de la vagina y la hipotrofia de los genitales externos, a lo que puede estar asociada la disminución de la actividad sexual; inestabilidad en el sistema vasomotor que provoca los llamados “bochornos”, fatiga, mareo, dolor de cabeza de tipo migrañoso, dolor de cuello y glándulas mamarias, insomnio, deseo excesivo de dormir y depresión. El que una mujer experimente o no estos síntomas parece que depende primero de su patrón de personalidad y segundo, de factores ambientales generales y tensiones situacionales (Labrum, 1980).

Aunque frecuentemente los términos climaterio y menopausia se utilizan indistintamente, se trata de procesos diferentes. El primero se refiere a la fase de desarrollo de la mujer en la que hay una transición de una etapa reproductiva a una no reproductiva, mientras que la menopausia indica el final del periodo menstrual y ocurre durante el climaterio (Rosenthal, 1979). Hoy en día, el concepto de menopausia abarca también los 2 a 8 años anteriores al cese de la menstruación, a este periodo se le conoce como perimenopausia, y es cuando ocurren todos los cambios endocrinos, clínicos y biológicos asociados a este proceso, así como el primer año posterior a la menopausia. Tras la menopausia viene la posmenopausia, la cual incluye el año de amenorrea. Conceptualizada así, la menopausia es un evento acumulativo en el proceso reproductivo de la mujer, que comienza con la primera regla (Sowers y La Pietra, 1995).

La investigación en el campo de la psicología clínica describe una serie de síntomas que las mujeres menopáusicas suelen experimentar, a pesar de que no son exclusivos de este periodo. Entre ellos se cuentan: tensión, nerviosismo, irritabilidad, cansancio, ansiedad, intolerancia a la soledad, aprehensividad, insomnio, falta de concentración, frigidez, introversión, agresividad y depresión (Rosenthal, 1979). No obstante este conjunto de síntomas, algunos autores han señalado la dificultad de separar las características de la menopausia de las que son propias del proceso de envejecimiento, ya que los contextos social y económico pueden estar fuertemente asociados con la sintomatología durante este periodo. En este sentido, las redes sociales bien integradas pueden constituir un soporte social importante para que las mujeres experimenten pocos síntomas durante la menopausia (Sowers y La Pietra, 1995).

Es necesario señalar que frecuentemente la lista de síntomas asociados a la menopausia tiene un fuerte componente negativo. Pocos estudios incluyen participantes que caractericen de forma positiva elementos de su conducta, estado de salud o estilo de vida relacionados con la menopausia (*ibid.*).

Dentro del contexto médico, existen diversos puntos de vista respecto a la menopausia que en ocasiones resultan controversiales. Así, mientras que algunos ginecólogos tienden a verla como una “enfermedad deficitaria” que requiere atención médica (Rosenthal, 1979), otros la consideran un proceso natural asociado a la edad que puede transcurrir sin mayores complicaciones; entre los primeros se cuentan las teóricas evolucionistas que comparten la noción de que la menopausia es un “apéndice” hormonal de la mujer (*ibid.*). Ejemplo de este punto de vista es el estudio que Chirawatkul y Manderson (1994) que llevaron a cabo en Tailandia, donde señalan la tendencia del personal médico y el personal psiquiátrico de reconstruir la menopausia como una patología biológica que genera disturbios emocionales, pérdida de feminidad y envejecimiento. Desde el punto de vista de estos profesionales, las mujeres se sienten incompletas y pierden *sex appeal*; en esta misma región los medios de comunicación presentan la menopausia como un estado de crisis en el que las mujeres necesitan atención médica.

Aunada a estas dos concepciones, podemos identificar una tercera que se ubica en el ámbito de lo mágico-religioso combinado con lo natural. En el estudio anteriormente citado, los investigadores encontraron que entre las tailandesas, la menstruación es una señal de feminidad y la menopausia es signo de envejecimiento y cese de la fertilidad, asociando esta última característica a una disminución del deseo y de la actividad sexual. No obstante, el proceso en su conjunto es visto como natural y apropiado y es común el uso de términos específicos para referirse a ella usados únicamente en esta región, términos que reflejan la cosmovisión de la comunidad (*ibid.*).

Algunos científicos sociales argumentan que la presentación diferencial de síntomas físicos o psicológicos es resultado del estrés social de un grupo particular y que la cultura es responsable de cualquier nivel de disfuncionalidad física. En este sentido, se cree que se experimentan más síntomas en una cultura donde la fertilidad es valorada y el envejecimiento de alguna manera es temido.

Ante tanta diversidad de opiniones, se ha propuesto que la sintomatología médicamente reconocida es la que depende de los niveles de estrógenos, por ejemplo, los bochornos, que se definen como el incremento y percepción de calor en el cuerpo; la vaginitis atrófica y la osteoporosis. Esta última se considera el padecimiento clásico por deficiencia de estrógenos asociado a la menopausia (Sowers y La Pietra, 1995).

Imbuída en el contexto de la vida de las mujeres, la menopausia tiene una significación cultural, social y personal.² La experiencia de las mujeres de los cambios del cuerpo durante la menopausia y el envejecimiento, es inseparable de su contexto. La transición de la menopausia es, por definición, dinámica (Griffin, 1997), y el significado que tiene este proceso para las mujeres no puede ser exhaustivo si tomamos en cuenta la multiplicidad de factores que en él influyen; es necesario señalar que los mitos y expectativas asociados a la menopausia pueden afectar considerablemente la cualidad de la experiencia y funcionar como profecías que se cumplen (Matthews, 1992). Pero ya sea que se trate de una completa reestructuración de los conceptos o sea tan sólo experimentar una transformación de la imagen frente a los cambios biológicos, la menopausia se presenta en las mujeres trastocando su estado anterior de desarrollo, por lo que se hace necesario investigar estos efectos diferenciados. Diversos autores insisten sobre la necesidad de estudiar la menopausia y las respuestas a esta transición entre mujeres de diferentes grupos étnicos y socioeconómicos, así como implementar aproximaciones multidisciplinarias que puedan relacionar varios procesos (Griffin, 1997; McKinlay, 1996; Bell, 1995). Concretamente, en el contexto de México es importante caracterizar la menopausia entre la población femenina por diversas razones señaladas por Garrido y cols. (1996): en primer lugar, los cambios hormonales y conductuales característicos de este periodo inducen una alta demanda de servicios de salud; en segundo lugar, la menopausia es el evento que marca el inicio del mayor cambio en el patrón de morbilidad en mujeres, por padecimientos asociados potencialmente a la producción escasa de estrógenos (osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y cáncer ginecológico); y tercero, por el incremento en la población femenina de edad avanzada que vivirá casi un tercio de su vida en el periodo posmenopáusico. Se ha sugerido que los eventos asociados a la menopausia como las enfermedades crónicas subsecuentes constituyen factores de riesgo de mortalidad temprana (Sowers y La Pietra, 1995), de manera que el entendimiento de los contextos fisiológico y social de la menopausia es importante, para incrementar la esperanza de vida de este grupo de edad, así como la calidad de la misma.

Las diferentes concepciones sobre la menopausia asocian el proceso biológico con la edad, la sexualidad, la capacidad reproductiva, así como

² Las significaciones individuales en su formación no son distintas a las sociales, ya que la subjetividad se construye también de forma colectiva.

con las relaciones sociales y roles económicos de las mujeres. Hoy en día podemos hablar de un cambio en las percepciones debido en parte a la aparición y disponibilidad de nuevas tecnologías que han permitido modificar los procesos biológicos, gracias a las cuales las mujeres pueden experimentar un importante cambio de autoimagen. En los estudios realizados por Jodelet (1982) sobre la representación social del cuerpo, se encontró que la difusión de nuevas técnicas corporales y de nuevos modelos de pensamiento, ha modificado profundamente la relación con el cuerpo y las categorías a partir de las cuales lo representamos; se ha visto que la experiencia corporal se ha ampliado y se ha ido sustituyendo esa relación distante que se solía experimentar con el propio cuerpo. El conocimiento alrededor de éste también se ha modificado. Se ha abandonado el enfoque naturalista en favor de un cuerpo considerado como lugar de placer. Se conoce menos el organismo, se olvidan los sistemas funcionales y los órganos internos y cobran más importancia las partes externas del cuerpo a través de las cuales éste entra en contacto con el exterior. No obstante, parece prevalecer una concepción biologicista del cuerpo, que enfatiza la capacidad reproductiva sobre otras funciones, matizada por componentes sociales tales como el atractivo sexual.

Las prioridades de investigación que podemos identificar respecto al proceso de la menopausia, se han establecido alrededor de los cambios hormonales en la transición pre-posmenopausia, resaltando los mecanismos que inducen transformaciones celulares, ocurrencia de cáncer o desarrollo de enfermedades del corazón. Llama la atención la falta de estudios relativos a las repercusiones psicológicas y sociales que este proceso conlleva. La mayor parte de los esfuerzos en el ámbito sociocultural se ha preocupado más en aprovechar la diversidad étnica y cultural, sin proponer diseños de estudio alternativos. Con frecuencia se reproducen protocolos clínicos y estudios observacionales (Miller, 1997).

Las prioridades de investigación sobre el periodo peri-posmenopáusico señaladas en la literatura, se pueden agrupar en tres categorías, a saber:

- a) El proceso de la transición menopausal,
- b) Aspectos farmacológicos de la peri-posmenopausia y
- c) Aspectos conductuales y psicosociales del periodo peri-posmenopáusico.

En esta última categoría se señala la necesidad de explorar los aspectos psicológicos de la menopausia y del periodo de transición a ella: actitudes de las mujeres hacia la menstruación y los síntomas de la meno-

pausia. También, se han señalado como prioritarias las actitudes, conocimiento y percepción de las mujeres, del personal de los servicios de salud y de la sociedad hacia la menopausia y hacia el proceso de envejecimiento en general; preguntas como: ¿cuáles son las barreras que impiden que las mujeres asistan a los centros de salud? y ¿cómo pueden ser eliminadas estas barreras?; los efectos de estresores como el abandono, pérdidas personales, síndrome del “nido vacío” (*empty-nest*) y otras formas de soledad sobre la salud en mujeres menopáusicas; el diseño de estrategias y canales de diseminación de información médica nueva y promoción de la salud dirigida a una gran variedad de audiencias, ya que en sentido amplio, toda la población está involucrada.

Autores como Oudshoorn (1997), han cuestionado la condición exclusivamente femenina de este evento argumentando que los procesos sociales y culturales (discursos hegemónicos) convierten los problemas de salud en enfermedades específicas de un género.

Se ha señalado la necesidad de incluir el estudio de la menopausia en las agendas de investigación desde todos los aspectos arriba mencionados, considerando también los modelos cuerpo/mente emergentes que enfatizan la dimensión psicosocial de la salud y que parecen estar particularmente ausentes en las agendas federales sobre salud de la mujer (Burt, 1996).

En diversos estudios sobre menopausia se han encontrado diferencias culturales importantes en cuanto a expresión y actitudes. Sin embargo, se especula sobre la forma de interpretar esta variabilidad cultural, si debiera hacerse en términos de diferencias fisiológicas o en términos de diferencias en las percepciones de las características. Lo anterior, se señala, debería orientar el curso de estudios posteriores (Sowers y La Pietra, 1995).

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES COMO MARCO INTERPRETATIVO

Serge Moscovici, quien propone la teoría de la representación social, la define como “...un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana en el curso de las comunicaciones interindividuales (...) que están ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades...” (1981: 181, 186). De acuerdo a Jodelet (1984), la representación social

designa una forma de pensamiento social con un sentido práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social. En la configuración de la representación social se asumen nociones de orden sociológico y psicológico que permiten mezclar conceptos tales como el de cultura, ideología, imagen y pensamiento.

Adentrarse en el estudio de las representaciones sociales implica traspasar diferentes procesos relacionados entre sí: el lenguaje, el pensamiento, el comportamiento, las relaciones sociales, la comunicación, etc. Procesos a través de los cuales se construye la realidad social y son conformados por ésta, en un juego interactivo e interdependiente.

Las representaciones sociales se basan en un conjunto de significados que articulan sistemas de referencia (categorías) que hacen posible la interpretación de circunstancias, fenómenos y actores sociales. Constituyen por tanto, elementos teóricos que nos permiten explorar lo que llamamos “sentido común”, es decir, el conocimiento que se constituye a partir de las experiencias, informaciones y otros conocimientos que se transmiten por tradición, educación y comunicación social (*ibid.*).

Las representaciones sociales, al generar una visión compartida de la realidad, posibilitan entre otros el proceso de la conversación, en este sentido como señala Ibáñez (1988), son representaciones simbólicas que no cognitivas, pues lo simbólico es la característica de lo social.

Doise y Moscovici (1985), relacionan las representaciones sociales con algunos factores socioestructurales tales como los lugares o estatus socialmente definidos. Así, podrían constituirse en tomas de postura que están ligadas a ciertas inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales, y que organizan los procesos simbólicos implicados en tales relaciones. En este sentido, las representaciones sociales deben pensarse en relación con la estructura social.

Las representaciones sociales condensan historia, relaciones sociales, contexto político y prejuicios (Jones, 1994; MacPherson, 1981; Ibáñez, 1988), en este sentido son cambiantes y dependientes del contexto de vida. Los factores que influyen en su conformación tienen que ver con las diversas fuentes de información a las que se tiene acceso y los diferentes discursos o narrativas que circulan en la atmósfera social. El lenguaje interviene como organizador de contenido y operador de sentido, de manera que para la investigación que aquí se reporta, las producciones discursivas de las informantes fueron en efecto, el punto de partida para reconstruir la representación social de la menopausia.

RETOMANDO EL INTERÉS DE LAS CIENCIAS SOCIALES

El climaterio es una etapa en la vida de las mujeres que no debe considerarse sólo un proceso fisiológico. Como lo señala Lolas (1998), se trata de un evento biográfico que se construye por la opinión de la gente, por las tradiciones populares, por las ciencias biológicas y por las sociales. En este sentido debe ser abordado desde una perspectiva integradora.

Hoy en día, la realidad que viven las mujeres en edad media y avanzada representa una dimensión que resulta desconocida por la falta de estudios que existen al respecto. Lo anterior resulta alarmante si reconocemos, como lo hace Tavares de Alvarez (1990), que para prevenir la marginación de las mujeres en edad avanzada se tiene que partir del reconocimiento de sus realidades. Aunado a ello se encuentra la llamada "revolución gris"³ que estamos viviendo, lo que le imprime una importancia todavía mayor a esta dimensión (Pastizzi, 1990).

Ha habido pocos intentos por analizar actitudes y prácticas de mujeres en esta edad. Faltan también descripciones de su vida cotidiana, que nos permitan conocer mejor sus condiciones de vida en todos los contextos. Aunque hay muchos estudios sobre mujeres, es necesario considerar todas las etapas de la vida para comprender mejor la experiencia que tienen de cada una de ellas, sus intereses y necesidades. En América Latina hay un número pequeño de investigadores que estudian la sexualidad y el envejecimiento en mujeres, aunque se dice que cada vez son más los grupos que trabajan en ello (Sennot-Miller, 1990).

La palabra menopausia se deriva del griego *meno*, que significa mes y *pausis*, final o término, es el final de lo que se presenta cada mes, la menstruación. La terminología médica clásica refiere la menopausia con el término *ovarian failure*, que significa fracaso ovárico,⁴ las implicaciones del término remiten a la función que se le asigna de ser fertilizado. Cuando esto no ocurre, deviene la menstruación (*llanto del útero*) y todos los cambios emocionales asociados a ella. Cuando esta función mensual termina, se presenta la menopausia (Sheehy, 1993). Resulta curioso que la etapa de la menopausia se considere más como el término de algo que como un proceso de cambio, sin que esta concepción se deba a su raíz etimológica.

³ Esto es, la tendencia de la población al envejecimiento generalizado con sus problemas consecuentes.

⁴ Traducción propia.

Esto nos habla de la construcción colectiva que se ha hecho alrededor de ella. Estamos como en el siglo XIX, donde la menopausia era descrita sólo en términos de lo que pierde la mujer en esta etapa de su vida.

Efectivamente, con la menopausia termina la menstruación y con ella el periodo reproductivo de una mujer, pero esta transición puede representar también el inicio de ciertas “libertades” en el ámbito de la sexualidad, lo social y lo personal. Sin embargo, las mujeres experimentan este cambio de vida de forma diferente, dependiendo de las asunciones culturales sobre la edad, la feminidad y el papel social de la mujer vieja. En China, donde la edad es un atributo venerado, raramente se reportan síntomas en la menopausia (*ibid.*).

Los discursos son sistemas coherentes de significados que se consideran constructores de entidades sociales, resaltando su importancia en la constitución de los sujetos sociales (Foucault, 1990; Fairclough, 1992; Parker, 1992). El lenguaje cotidiano es político, ideológico, dilemático y ficticio, en el sentido de que es expresión de una voz colectiva y una imaginación compartida (Pelcastre, 1997). Desde la aproximación retórica, Shotter (1993) reconoce dos importantes funciones del lenguaje: una función persuasiva que tiene el poder de afectar el comportamiento y las percepciones de los actores sociales y una función poética, que identifica como la capacidad de dar forma a lo que, de otra manera, sería un conjunto vago y parcialmente ordenado de sentimientos y actividades; en este sentido, el lenguaje hace posible nuevas formas de seres humanos; ya desde 1953 Wittgenstein señalaba que imaginar un lenguaje era imaginar una forma de vida.

Reconocer aquí estas funciones del lenguaje y su importancia en la construcción de ciertas realidades sociales, nos permite generar un marco de interpretación de los diferentes discursos de las mujeres en relación con la menopausia y las distintas prácticas que de ellos se derivan. Así por ejemplo, si observamos que en la lengua japonesa no existen palabras para expresar los llamados “bochornos”, podemos decir que éstos no forman parte de su vivencia. En este mismo contexto discursivo podemos entender que si no se sabe nada sobre algo, entonces ese “algo” deja de tener sentido en la realidad cotidiana, pero cuando se conoce sólo un discurso muy particular, entonces lo que se obtiene es un conocimiento parcializado. Esto es lo que parece ocurrir cuando Sheehy (1993) menciona que algunas mujeres sólo toman en cuenta el punto de vista de sus médicos y siguen sus instrucciones como si éstos tuvieran la última pa-

labra, a la manera de un oráculo. Esta misma autora opina que el silencio de las mujeres sobre el tema de la menopausia puede ser un anacronismo, ya que en general no hablan sobre cuestiones sexuales.

Con todo lo anteriormente dicho, resalta la necesidad de elaborar todo un replanteamiento de las agendas de investigación que han estado orientadas bajo un paradigma biomédico de forma importante, e incorporar el paradigma social de manera que contribuya a enriquecer la comprensión del proceso de la menopausia. La investigación de la dimensión social de la salud deviene en una necesidad cuando se tratan de determinar las prioridades en este ámbito, pues un contexto amplio de desarrollo incluye todas aquellas concepciones sobre salud-enfermedad que repercuten sobre el auto-conocimiento. Estudiar los códigos bajo los cuales se organizan las entidades nosológicas de las prácticas sociales cotidianas y su valor cultural concomitante, significa enriquecer el contenido de los conocimientos médicos (Herrero, 1990).

El panorama bibliográfico sobre la menopausia resalta los pocos esfuerzos que se han hecho en este sentido. Podemos decir que la pregunta ¿cómo viven las mujeres el evento de la menopausia?, queda aún sin responder.

Como primera aproximación a este gran campo de lo simbólico, a continuación se caracterizan los significados que atribuyen al proceso de la menopausia, mujeres que viven en distintas regiones de la ciudad de Cuernavaca, estado de Morelos; se describen sus prácticas y las acciones que llevan a cabo durante esta etapa de sus vidas.

La experiencia de las mujeres con respecto a un proceso como el de la menopausia puede variar en virtud de una multiplicidad de factores. Una dimensión que consideramos importante fue la ubicación temporal de estas mujeres dentro del ciclo reproductivo más amplio, reconocido como climaterio, lo que sirvió de base para elaborar la conjetura de que la influencia del tiempo podía actuar en varios sentidos. Las mujeres que se encuentran más cercanas a la menopausia (sobre todo antes de haberla cursado) podrían manifestar una atribución más positiva como una forma de contrarrestar la ansiedad y los temores provocados por ella. Las mujeres que en cambio han dejado atrás este evento, podrían reconstruir una atribución más negativa como una forma de confirmar la representación colectiva que de ella se tiene.

Las mujeres de edad mediana y avanzada desempeñan un papel decisivo en el desarrollo económico y en la estabilidad familiar (Sennott-

Miller, 1990). Barnett (1986, citado por Sennott-Miller, 1990: 111), en su estudio sobre menopausia observa que "...la aceptación y el ajuste a la menopausia dependerán de la satisfacción de la mujer con su papel vital principal", y deja la siguiente pregunta abierta: ¿las mujeres trabajadoras se ajustarán mejor a la menopausia porque su satisfacción depende más directamente de sí mismas? Resultó interesante para este estudio incluir esta hipótesis, por lo que se consideró la dimensión del trabajo como un punto más para incursionar en el mundo representacional de las mujeres.

La hipótesis general que planteo fue que las diferencias entre los diversos tipos de representaciones sobre la menopausia podían explicarse por el acceso diferenciado a medios de comunicación, la asistencia a centros de salud o relación con personal médico, la cosmovisión particular de las mujeres, las prácticas cotidianas, el nivel de escolaridad y el contexto de vida.

La importancia de conocer el significado que para las mujeres conlleva el proceso de la menopausia radica en su traducción en el tipo de tratamiento que demandan y en la construcción de su propia imagen. El concepto de cuerpo, salud, enfermedad, así como las prácticas terapéuticas, son construcciones sociales que dan cuenta de las diferentes visiones de mundo y las prácticas asociadas a ellas (Rosenthal, 1979).

Definir clínicamente la menopausia, con el conjunto de signos y síntomas que la acompañan, es un trabajo por demás importante, pero constituiría una perspectiva incompleta si sólo nos limitáramos a este ámbito. Dado que lo social es un aspecto integral de las personas, abordar la menopausia desde esta perspectiva, permite obtener una visión más completa que coadyuva al entendimiento global de la misma. Los aspectos meramente clínicos pierden sentido cuando ignoramos el significado que tienen para las personas que los padecen; el acercamiento a esta dimensión nos permitirá aportar elementos que pueden ser útiles en la planeación de servicios y en cualquier propuesta de mejoramiento sustancial de la atención basada en las necesidades de las usuarias.

ESTRATEGIA DE EXPLORACIÓN

Para la exploración de la experiencia representacional de la menopausia, se planteó una aproximación cualitativa que permitiera conocer qué piensan las mujeres con respecto a tal evento. Se consideró la entrevista indi-

vidual como la técnica metodológica más adecuada para la obtención de esta información (Scrimshaw y Hurtado, 1987), ya que tradicionalmente, la menopausia se considera un aspecto íntimo que corresponde a la vida privada de las mujeres y en este sentido, no resulta fácil hablar de ello en grandes grupos. La entrevista individual, en tanto que confidencial, permitió ahondar en temas específicos, de cara a los objetivos del estudio.

Los significados que las mujeres tienen pueden ser muy diversos en virtud del contexto en el que viven. De antemano, es imposible determinar la variabilidad y el origen de la diversidad. Sin embargo, el uso de un discurso particular al interior de los centros de salud⁵ puede constituir una posible fuente de influencia en la construcción de los diversos significados de las mujeres que acuden a ellos. Para evitar este sesgo, se excluyó este ámbito como espacio de exploración. No obstante, se tomó en cuenta como criterio de selección de las zonas para explorar su posible influencia.

Por otra parte, la zona metropolitana de Cuernavaca, en el estado de Morelos, ha crecido más allá de sus límites geográficos abarcando actualmente parte de los municipios de Emiliano Zapata, Jiutepec y Temixco, de manera que para determinar los lugares donde se harían las entrevistas se consideraron básicamente estos municipios, bajo dos criterios:

1. La proporción de población femenina entre 46 y 55 años de edad: de acuerdo con este criterio y con los datos censales del INEGI de 1995, se eligió la 1a. localidad con mayor proporción y la 2a. con menor proporción de población femenina de este rango de edad, en relación con los totales poblacionales de los respectivos municipios.

2. La proporción de localidades que reciben influencia de los Centros de Salud al interior de cada uno de los municipios antes mencionados: de acuerdo a este criterio se eligió la 1a. localidad con menor influencia y la 2a. con mayor.

Resultado de ello fue la elección de los municipios de Cuernavaca y Emiliano Zapata para llevar a cabo las entrevistas. El número total de éstas fue determinado bajo el criterio de saturación teórica. Las colonias que se visitaron en cada municipio fueron elegidas al azar, completando un total de 20 entrevistas repartidas de la siguiente forma:

10 en Emiliano Zapata, 7 en la colonia Santa María, 3 en la colonia del Empleado; estas dos últimas colonias pertenecientes al municipio de Cuernavaca.

⁵ Proveniente principalmente del modelo médico hegemónico.

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado y posteriormente transcritas. Se elaboró una guía de preguntas relacionadas con los siguientes temas: diagnóstico (identificación del proceso de la menopausia), sentimientos y sensaciones, cambios en el estilo de vida, cambios fisiológicos e información.

Para el trabajo de campo se contó con la colaboración de una psicóloga, quien a través de visitas domiciliarias y a lugares de trabajo llevó a cabo las entrevistas.

Las entrevistas fueron transcritas y el análisis de la información se realizó siguiendo los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada (*grounded theory*), ampliamente probada en el análisis de información cualitativa (Strauss y Corbin, 1990). En el análisis se identificaron las siguientes categorías:

a) síntomas: todas aquellas molestias, padecimientos o malestares sentidos antes, durante o después de la menopausia;

b) atribución: la percepción del proceso en términos de adjetivos calificativos, acciones y/o actitudes; apreciaciones valorativas positivas o negativas sobre la menopausia.

c) acciones: lo que se hace para enfrentar los síntomas como visitas al médico, toma de remedios, consulta con otros profesionales o no profesionales;

d) explicación: razones asociadas a las molestias o eventos;

e) mitos: creencias o pensamientos que reflejan cosmovisiones particulares y que no se han reportado como conocimientos formalizados;

f) relaciones interpersonales: influencia o alteración de la dinámica relacional del contexto social y familiar;

g) relación de pareja: comunicación con la pareja, vínculos, prácticas sexuales;

h) género: explicaciones permeadas por la percepción de un rol diferencial para hombres y mujeres;

i) información: conocimientos científicos relacionados con la menopausia y mención de la fuente.

j) explicaciones organicistas: aquellos discursos que incorporan nociones médicas para describir o aclarar la menopausia;

k) explicaciones mágico-místicas: aquellos discursos relacionados con mitos, creencias y supersticiones que describen o aclaran la menopausia;

l) explicaciones psicológicas: discursos que hacen referencia a aspectos

tos de la personalidad, problemas mentales, traumas, para describir o aclarar la menopausia;

m) explicaciones afectivas: discursos que expresan emociones y sentimientos que describen o aclaran la menopausia.

EJES DE ANÁLISIS

Primer eje de análisis: las regiones de estudio

Se llevó a cabo una primera comparación agrupando las entrevistas de acuerdo a los dos municipios donde se realizaron, haciendo énfasis en el criterio de influencia de los servicios de salud.

Segundo eje de análisis: las categorías que guiaron las entrevistas

La guía de entrevista que se elaboró para este estudio se organizó diferenciando ámbitos de la vida que se consideraron de interés para el tema. En primer lugar, se tomaron en consideración algunos datos sociodemográficos tales como la edad, último año de estudios, edad de la menarca, estado civil, número de hijos, etc., como variables a partir de las cuales se pudieran establecer comparaciones entre las mujeres. Como proceso social y cultural, partimos de la idea de que la menopausia, antes de pasar por un diagnóstico médico o profesional, tiene un paso previo de reconocimiento personal en el que las mujeres identifican este evento a partir de una serie de síntomas que relacionan con la menopausia. Las preguntas orientadas a la exploración de los procesos o síntomas que ellas reconocen como propios de la menopausia se agruparon bajo el rubro de “diagnóstico”. Para dar cuenta del aspecto afectivo de este proceso, se diseñó el apartado de “sentimientos y sensaciones”. El apartado “cambios en el estilo de vida” trató de explorar todos aquellos aspectos de la vida personal, de pareja y/o familiar en relación con el proceso de la menopausia. Se incluyó además un apartado de “cambios fisiológicos”, cubriendo así el aspecto físico e “información” para saber cuánto y qué tipo de conocimiento tenían al respecto.

Se llevó a cabo un segundo análisis siguiendo los apartados de la guía utilizada en las entrevistas. Todos estos elementos se consideraron

relevantes en esta primera aproximación al mundo representacional de estas mujeres de Cuernavaca, ya que ofrecían un panorama general de los diferentes ámbitos en los que se manifiesta la vivencia de la menopausia.

Tercer eje de análisis: algunas características sociodemográficas

Organizar la información a partir de los apartados antes referidos resultó interesante y útil en términos prácticos, aunque había mucha más que era difícil de clasificar en alguno de ellos. Una vez concluido este análisis, se realizó una nueva lectura de las entrevistas a partir de algunas dimensiones que podían participar de forma importante en la conformación de representaciones diferenciales. Se incluyó la dimensión de la edad porque se asumió que las mujeres expresan ideas diferentes en virtud de ella, sea porque han vivido experiencias distintas o por haber estado inmersas en contextos históricamente diferenciados en cuanto a prácticas y creencias. Con el fin de ampliar la información del campo representacional de estas mujeres a partir del acceso a la educación formal, se incluyó la dimensión de escolaridad. Se incluyeron los años transcurridos desde la última menstruación bajo la hipótesis de que la experiencia de las mujeres puede variar en virtud del momento en el que se ubiquen temporalmente respecto al proceso de la menopausia. Conocer cuáles son las fuentes más frecuentes a través de las cuales las mujeres nutren su discurso sobre la menopausia es un elemento que, traducido en términos analíticos, aporta información sobre las posibles vías de construcción de una representación determinada. Podemos decir que como primer acercamiento, esta modalidad aportó información interesante.

Es difícil establecer una relación causal entre las creencias o representaciones y las prácticas sociales. La perspectiva de las representaciones sociales ha sido ampliamente recurrida para explicar muchos comportamientos sociales estableciendo una conexión directa entre los procesos simbólicos y las prácticas. Sin embargo, algunas de estas aproximaciones utilizan modelos unidireccionales que resultan insuficientes para explicar toda la complejidad del pensamiento social y más aún cuando éste se traduce en acciones, de manera que para el presente proyecto se incluyó la dimensión de la acción asumiendo una relación bidireccional, mutuamente constitutiva, entre pensamiento y práctica.

El significado de las prácticas, las creencias y los valores entre las personas, lo encontramos en el campo de lo simbólico. Dicho campo es transmitido de generación en generación y de esta manera es preservado a través de los años, por eso es común encontrarse con prácticas que reproducen visiones discriminatorias en relación con las mujeres a pesar de los años de lucha en contra y de historia. El discurso, como construcción social, tiene un carácter simbólico que da cuenta de las creencias de la gente. A través del discurso se alude a una naturaleza femenina diferente a la masculina, generalmente sobrevalorando esta última sobre la primera. Esta idea trasciende el plano verbal y llega a ser constitutiva de las relaciones interpersonales que se establecen entre los actores sociales. Con el fin de explorar esta dimensión se incluyó la categoría de mitos.

Se analizaron los discursos a través de estas dimensiones por las razones antes planteadas, así como para responder a algunas hipótesis expresadas en un apartado anterior. A continuación se reportan los resultados en el orden descrito.

LAS REPRESENTACIONES

Por regiones de estudio

Las entrevistas del estudio fueron realizadas en dos regiones geográficas: la primera de ellas en Cuernavaca y la segunda en Emiliano Zapata. Esta última correspondió al municipio cuyas localidades recibían menor influencia de los servicios de salud según datos proporcionados por el departamento de Sistemas de Información Geográfica en Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

De acuerdo a este análisis observamos que en Cuernavaca, la proporción de mujeres que acude al médico corresponde exactamente a la proporción de mujeres que no acude en el municipio de Emiliano Zapata y viceversa, la proporción de mujeres que no acuden en Cuernavaca, es la misma para las que acuden en Emiliano Zapata. Sin embargo, no hay datos suficientes para poder determinar si esta diferencia se debe únicamente a la disponibilidad de los servicios o a las creencias y prácticas particulares de las mujeres, ya que en estos últimos aspectos no se observaron diferencias sustanciales. Lo que sí podemos anotar es que en ambas regiones, las mujeres que consultan al médico refieren nociones tales

como hormonas, pastillas, vitaminas e inyecciones, recomendadas para: “...no quedarse embarazada y para ir secando su matriz, para que usted no tenga trastornos...”⁶ (60 años, Zapata).

Se observa predominio de un discurso medicalizado, que remite a explicaciones organicistas que identifican en el organismo y en los efectos de algunas sustancias consideradas nocivas, las causas de los malestares asociados a la menopausia.⁷

La percepción sobre la atención recibida en los servicios públicos de salud para tratar aspectos relacionados con la menopausia no siempre es positiva: “...pues muchas veces no tienen la curiosidad de decirte la verdad, lo que hay, no es igual [a que te digan las cosas claras]...” (49 años, Zapata), lo que orienta la preferencia hacia los servicios particulares.

Por categorías identificadas

a) *Datos sociodemográficos*

El promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de 56 años, la menor de ellas contaba con 49 y la mayor con 65; eran mujeres con poca escolaridad en general, con promedio de 4.8 años de estudio, la que menos años de estudio tuvo no cursó ningún año escolarizado y la que más, terminó el doctorado sin graduarse. La mayoría de ellas eran mujeres casadas, con un promedio de 6 hijos, 2 fue el menor número de hijos y 10 el más grande; la edad promedio de su primera regla fue a los 13 años y para la última de 48 años; de las 20 informantes 12 no trabajaban fuera de casa y 8 sí lo hacían. Estas últimas se dedicaban principalmente a tareas de limpieza y comercio.

b) *Diagnóstico*

Este apartado exploró qué elementos se mencionaban y de qué forma eran interpretados para determinar la aproximación a la menopausia, al respecto se expresaron síntomas tales como calores intensos presentados de forma discontinua y mareos, frente aquellos testimonios que aludían a una vivencia completamente asintomática.

⁶ Los textos en cursivas representan los testimonios de las mujeres entrevistadas.

⁷ Algunas lo atribuyen a la alimentación, consumo de tabaco, café o alcohol, así como a la presencia de enfermedades como la diabetes.

La explicación más común es de tipo organicista, basada en lo que los ginecólogos o médicos suelen advertir a las mujeres cuando la regla se retira. Se identifican también algunos discursos psicologistas que refieren aspectos de la personalidad como principal causa de la presencia de síntomas: “...yo digo que puede ser falta de (...) preparación para esperar (...) la menopausia...” (51 años, Cuernavaca).

c) *Sentimientos/sensaciones*

Estas preguntas estaban dirigidas a la exploración de sentimientos y sensaciones que acompañan o acompañaron el periodo de la menopausia.

La idea más comúnmente expresada al respecto es que las mujeres que se encuentran en el periodo de la menopausia deben ser tratadas de forma diferencial por las personas que les rodean, ya que por los cambios de carácter asociados, demandan mucha paciencia. Reconocen también una vivencia diferencial para cada mujer y de éstas en relación con los hombres, a quienes sin embargo, atribuyen en algunos casos un proceso similar. Algunas tienen una experiencia de la menopausia acompañada de molestias y otras no, esta diferencia la atribuyen a la variabilidad biológica de las mujeres. Demandan una mayor comprensión por parte de la familia, para soportar el mal genio que la menopausia puede provocar al coincidir con experiencias adversas de su vida.

El cese de la regla está asociado repetidamente a un descanso psicológico relacionado con la ausencia de preocupación por quedar embarazada, así como al peso y molestia que en ocasiones representa tener la menstruación. Sin embargo, la generalidad de las mujeres perciben a la menopausia en términos negativos al relacionarla directamente con el envejecimiento. El envejecimiento conlleva la noción de improductividad, falta de energía, así como de atractivo y deseo sexuales. La menopausia se asocia también a una suerte de *muerte biológica* del organismo en relación con la edad; se refiere una sensación de *vaciamiento* que se experimenta durante esta etapa.

Se expresa la idea de que deberían ser tratadas igual que en cualquier otro momento de su vida, para no sentirse *mutiladas* y que el cansancio que acompaña a la vejez, igual que a la menopausia, son cuestiones meramente mentales. Entre las entrevistadas predomina el sentimiento de tristeza, así como la sensación de cansancio y un incremento de sueño. Consideran que los mareos y la pérdida de facultades son el resultado de la edad, no así el cambio del estado de ánimo adju-

dicado a la menopausia; según expresan, antes de ésta su personalidad era más alegre.

Los cambios de carácter son los más referidos en cuanto a las alteraciones que conlleva la menopausia. Por esta razón se sirven de ello para identificar un proceso similar en los hombres: “*También al hombre creo le da, ¿eh?, la verdad, digo, porque a mi marido hubo un tiempo en que cualquier cosita que le decía lo molestaba, como que lo ponía muy neurótico, muy nervioso y, este, y cuando (...) peleábamos así, después él me decía, en momentos que tiene uno de pláticas, me decía: —quiero que me disculpes, es que estoy menopáusico...*” (65 años, Cuernavaca).

Se aludió a la complejidad de la vida frente a la cual, la menopausia significaba menos problemas y más libertades, los primeros relacionados con la posibilidad de embarazarse y las libertades en relación con la *molestia* mensual de la regla.

d) *Cambios en el estilo de vida*

En este punto el interés se orientó a la búsqueda de cambios que tuvieran que ver con el estilo de vida cotidiano y que se asociaran al proceso de la menopausia: relaciones interpersonales, relaciones de pareja, carácter, comunicación, actividades cotidianas, etc.

Lo más común es que las mujeres no perciban cambios en sus actividades cotidianas, lo que puede responder al proceso asintomático que vive previo a la menopausia. Tampoco reportan cambios en sus relaciones interpersonales, ni con la pareja. La idea más repetida expresa que la menopausia es una vivencia solitaria que no puede compartirse con el compañero, ya que los hombres no están obligados a entender este proceso que se considera exclusivo de las mujeres. A esta idea, se opone la de confianza y comunicación que se mantiene con la pareja, pero como producto de la relación interpersonal que se mantiene más que como un comportamiento que se establece a partir de la menopausia. Lo anterior nos da cuenta de una dinámica relacional diferente entre las mujeres, que a partir de nuestra información es difícil atribuir a características específicas.

A pesar de estas diferencias, lo más comúnmente referido son cambios en las relaciones de pareja al vivir la menopausia. Mencionan que las relaciones con sus parejas en el campo de lo sexual sí han cambiado, argumentando que el deseo sexual en ellas ha disminuido demasiado, al grado de que la sola presencia y el acercamiento por parte de ellos les incomoda

sobremanera: “...*De a tiro no me gusta estar con él (...)*”; “...*sí me molesta que esté molestando [se refiere a la insistencia en tener relaciones sexuales] mi esposo (...), él quiere [tener relaciones sexuales] como antes de joven y da coraje (...)*” (59 años, Cuernavaca).

e) *Cambios fisiológicos*

Este apartado pretendió explorar la presencia de algunos cambios que fuesen interpretados como propios del organismo y que pudieran asociarse con la menopausia.

Cambios en el carácter, achaques o enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, se asocian a la menopausia. El término de “hormonas” es del que más se valen cuando de construir una explicación causal se trata, pero lo mismo se utiliza refiriéndose a cambios debidos a la edad, a la falta de ellas o al acomodamiento. Cuando la menopausia se construye como un proceso natural, no es común la búsqueda de ayuda; pero cuando se vive con molestias, sólo cuando éstas se intensifican o causan problemas, es cuando se llevan a cabo acciones de búsqueda de ayuda; generalmente acuden a los servicios médicos institucionalizados, públicos o privados. En el segundo caso, las pastillas son el tratamiento que con mayor frecuencia dicen recibir, mencionan que se trata de hormonas, sin especificar de qué tipo.

Establecen conexiones entre ciertas intervenciones quirúrgicas y la menopausia: “*Me operaron de una úlcera (...)* y ya no volví a reglar jamás” (65 años, Cuernavaca). En los discursos aparece la idea de que es posible ejercer un control mental sobre los cambios fisiológicos (como los que pueden provocar la menopausia): “*Mi mente ordena que salga la regla y con la menopausia, ordenaba que ya no saliera nada*” (65 años, Cuernavaca).

f) *Información*

Con este apartado se pretendió explorar el tipo de información que tenían las mujeres respecto al proceso de la menopausia, así como las fuentes más frecuentes a través de las cuales la hubiesen obtenido.

Lo más común es que las mujeres saben algo sobre la menopausia a través del contacto con otras mujeres, familiares o vecinas, quienes les han compartido sus experiencias. En este sentido, cabe resaltar la importancia de las redes sociales como base fundamental de la construcción y transmisión de las diferentes representaciones que al respecto tienen las mujeres.

El término “menopausia” es el que más utilizan las mujeres para nombrarla, sin embargo también se refieren a ella como: “*la regla que se retira*”; “*detención*”; “*lo que tiene uno que pasar*”; “*un cambio de edad*”; “*cese de la menstruación*”. Se mencionó que la experiencia de la menopausia era como quedar “...*floja de la cintura*”, por el hecho de que con el ejercicio brusco solían volver los sangrados y luego se retiraban, sin embargo, estas fluctuaciones son atribuidas también al uso del dispositivo intrauterino.

En el discurso de las mujeres se identifica una doble atribución, una de ellas negativa que es la que sustenta la mayoría de expectativas que generan las mujeres antes de pasar por este periodo; y una segunda atribución que se construye en términos positivos, que generalmente emerge después de que se ha vivido la menopausia, que puede ser producto de un proceso en el que se han asumido los roles, funciones y vivencias asociados culturalmente a las mujeres. La menopausia se relaciona con aspectos como la madurez y la pureza, referidos por alusión a la niñez;⁸ se expresan concepciones mágico-religiosas al atribuir a Dios la designación de las molestias vividas, así como la idea de poder quedar *media idas de la mente* al pasar por la menopausia.

Por características sociodemográficas

a) *Edad*

Al llevar a cabo esta lectura se observa que las mujeres que tienen entre 40 y 50 años en el momento de la entrevista, manifiestan preocupación por cursar la menopausia con males conocidos a través de vecinas o amigas; además, expresan una ambivalencia en relación con el proceso de la menopausia ya que por un lado, representa un alivio a su preocupación por el riesgo de quedar embarazadas, así como la posibilidad de llevar a cabo otras actividades tales como viajar, sin tener que preocuparse por su regla. Por otro lado, hay una resistencia a llegar a la menopausia porque se vincula con el envejecimiento y con la aparición de ciertas enfermedades y malestares nerviosos y/o biliosos.

Las entrevistadas en este rango de edad comparten la idea de que los hombres tienen a las mujeres a su disposición, excepto cuando se tie-

⁸ Referimos aquí la posible asociación con lo que Sheehy (1993) denomina *coalescencia*, esa vivencia de una nueva vitalidad que expresan algunas mujeres en esta etapa.

ne la regla, y asumen que las mujeres deben servirles y no dejarles solos. Las mujeres de esta edad, identifican en los hombres una serie de malestares de origen diverso, que a ellas las hace suponer un proceso equivalente al de la menopausia. Más adelante retomaremos este aspecto, que es compartido con mujeres de otras edades y que también nos da cuenta del significado de ser mujer.

La ambivalencia que predomina en el grupo anterior se define en el grupo de 50 a 60 años, en el que se manifiestan ideas de connotación claramente negativa: “[la menopausia representa] desesperación”, “una enfermedad muy fea”; “un malestar de calorías”; “[es cuando] das el viejazo”; es un proceso de pérdidas: “de la razón”, de vida, de fertilidad, que se vive con calores intensos que salen del cuerpo. Se identifica alguna explicación de orden religioso, atribuyendo a la figura de Dios el cursar la menopausia con o sin molestias; cuando se presenta, el malestar se asocia al tipo de alimentación que se tiene.

En este grupo se mencionó también que la menstruación era una molestia o fastidio y la menopausia la forma de aliviar dicho malestar “(...) se siente bien bonito, porque ya no está uno que cada mes le venga a uno su regla (...)” (53 años, Zapata), coincidiendo en ello con las mujeres de 40 a 50 años.

En cuanto a las relaciones de pareja, se expresa la idea de que los hombres tienen a sus mujeres sólo para satisfacerlos sexualmente y esto es lo que se espera de ellas, asumen lo anterior como un deber hacia el marido; no comparten la vivencia de la menopausia con sus parejas. También manifiestan que desaparece el deseo sexual en ellas, adjudicando este hecho a la edad, cosa que no sucede a los hombres ya que en ellos, dicen, permanece constante.

En contraste con los dos grupos anteriores, en las mujeres de 60 años y más, los mitos y las creencias son ampliamente socorridos en el tema de la menopausia. A pesar de las visitas con los médicos hay creencias que persisten y que serán comentadas más ampliamente en el apartado de “mitos”. Hacen poca alusión a la figura del marido, y vuelve a ser el médico la persona que más consultan en caso de tener molestias.

Estas mujeres aluden a una sensación de mutilación que debiera ser evitada con un buen trato hacia ellas. Esta alusión nos sugiere que la menstruación es un elemento definitorio de lo que significa ser mujer, cuando desaparece, las mujeres sienten que han perdido una parte de sí mismas, de lo que las define e identifica.

b) *Escolaridad*

Las mujeres que sólo realizaron estudios de primaria, reconocen que su madre nunca les habló sobre la menopausia y que las pocas explicaciones que les daban estaban cargadas de mitos. Para estas mujeres, la menopausia está fuertemente asociada a la presencia de hemorragias intensas y tienen un temor manifiesto a padecerlas. En ocasiones estas hemorragias están relacionadas con otros padecimientos como el cáncer, lo que aumenta aún más su temor. Conciben la menopausia como un proceso de vaciamiento, por las hemorragias que expulsan y por la vida que se les va y expresan falta de atención por parte del marido.

La menstruación constituye un mecanismo *de la naturaleza* que les permite identificarse a sí mismas como mujeres, de manera que cuando ésta ya no se presenta, sienten que su vida ha acabado.

La diferencia más marcada que se encontró entre las mujeres que tienen estudios de secundaria o comercio y aquellas que sólo cursaron primaria, es la información que tienen con respecto a la menopausia y los medios a través de los cuales la obtienen. Las que tienen estudios más avanzados coinciden en haber tenido información previa sobre la menopausia a partir de cursos que tomaron, conferencias a las que asistieron o a través de la radio. Esto no sólo podría interpretarse como un acceso más amplio a medios de comunicación, sino quizá como una búsqueda intencionada en estas mujeres, que las hace dirigir su atención hacia cuestiones relacionadas.

La mujer con doctorado es la única que refiere la menopausia como el periodo en el que el cuerpo deja de producir hormonas, ocasionando todos los padecimientos asociados como la osteoporosis, cambios del aspecto físico y funcionamiento integral del organismo.

En este sentido, podemos decir que los diferentes grados de educación formal proporcionan elementos distintos, así como un lenguaje diferente, a través de los cuales se explican los diversos eventos de la vida.

c) *Años transcurridos desde la última menstruación*

Mujeres perimenopáusicas

En estas mujeres se puede distinguir una idea negativa frente a la menopausia y de ésta en relación con la edad.

Expresan haber tenido muchas dudas y expectativas, ya que no saben exactamente qué curso puede tomar el proceso de la menopausia; la ex-

perencia de otras mujeres, amigas, vecinas y conocidas, es el parámetro que utilizan como referencia. Aluden a la menopausia como un proceso normal que representa un deterioro biológico del cuerpo, que está asociado a la vejez, pérdida de la libido, muerte del organismo y pérdida de la fertilidad. No tendría ningún interés adicional al hecho de saberlo, el que las mujeres asociaran la menopausia a la vejez, si no expresaran además una representación de la vejez cargada de atributos negativos que hacen que se le tema.

Mujeres postmenopáusicas, con hasta 10 años desde su última regla

Manifiestan una tranquilidad por haber cursado la menopausia sin molestias, aunque hay un mayor desconocimiento de este proceso previo a su vivencia, en relación con las mujeres perimenopáusicas. Hay mención de la menopausia asociada al cambio de edad pero no se observan contrastes claros respecto al grupo anterior.

Mujeres postmenopáusicas, con más de 11 años desde su última regla

Estas mujeres se refieren a la menopausia en términos de un proceso normal de envejecimiento natural del cuerpo que conlleva “*pérdida de energía y sustancias del organismo*”. Se refieren a diferentes aspectos como origen de los malestares que algunas mujeres experimentan en este periodo, por un lado, lo adjudican a la mente que potencialmente puede controlar cualquier cosa y por otro lado, hablan de una alimentación deficitaria como responsable de que las mujeres tengan molestias.

En estas mujeres conviven sin contradicción dos ideas respecto a la menstruación. La menstruación significa malestar, molestia, por ello persiste la idea del alivio cuando se presenta la menopausia, pero también para ellas la menstruación significa vida, la menopausia se vive entonces como pérdida de la misma.

d) *Trabajo fuera de casa*

Las mujeres que trabajan fuera de casa hablan más acerca de sus redes sociales, en las que incluyen a las amigas íntimas, las cuñadas y las hijas, principalmente estas redes funcionan como canales a través de los cuales se intercambia información referida a la menopausia; algunas ocasiones, se mantienen aún después de que las mujeres han dejado de trabajar. La buena comunicación con la pareja es un aspecto que se menciona, aunque no es una característica que se comparta.

En contraste, las mujeres que no trabajan fuera de casa permanecen más aisladas y sus canales de comunicación se ven comparativamente reducidos. Ellas casi no hablan sobre la menopausia con otras personas, las que dicen tener comunicación la mantienen únicamente con las hijas, con las hermanas y con el esposo, es decir, con la familia cercana; esta restricción se aplica también a la cantidad de información que poseen.

e) *Medios de información*

Las mujeres refieren diferentes medios a través de los cuales han oído, visto o leído algo respecto a la menopausia. Hablan de la radio, de revistas, y algunas refieren específicamente a la televisión como el principal medio a través del cual suponen que se podría obtener información relacionada. Sin embargo, las amistades del mismo sexo son su fuente principal de información.

Por otro lado, las mujeres que refieren conferencias, cursos y programas en la televisión como medios a través de los cuales escucharon algo sobre la menopausia, coinciden en que en ellos se habla sólo de los aspectos negativos de este evento, describiéndolo como un cuadro clínico, lleno de síntomas y que requiere tratamientos hormonales.

Podemos distinguir dos grandes medios de información: los masivos y los académicos; unos y otros parecen conformar representaciones diferentes en las mujeres entrevistadas. Sin embargo, la mayoría de ellas los reportan como una fuente secundaria de información, ya que lo que han oído de otras mujeres, es lo que parece influenciar de forma más importante su representación.

f) *Acciones*

Sin acciones concretas relacionadas con la menopausia

Las mujeres que no mencionan ninguna acción concreta en relación con la menopausia, se refieren a este proceso en términos de un deterioro natural del organismo. No es concebido como una enfermedad que requiera atención especializada, ellas dicen sentir cansancio y dolores pero éstos no constituyen motivo de consulta.

Uso de remedios

El uso de remedios caseros no es una opción muy empleada entre estas mujeres. Se menciona el uso de *unas hierbitas* tomadas para contrarres-

tar una posible infección, manifestada por una intensa punzada y con la presencia de flujo continuo. La toma de este remedio se relaciona directamente con la disminución de la molestia. También se reporta la aplicación de inyecciones sin prescripción médica, ante la irregularidad de la regla, estableciéndose una relación directa entre aquellas y la suspensión definitiva de la menstruación.

Acuden al médico durante la menopausia

La acción que más se menciona es la consulta con el médico. Algunas consultan en relación directa con la menopausia y síntomas específicos, mientras que otras lo hacen por razones diferentes tales como intervenciones quirúrgicas, dietas, diabetes y otras consultas ginecológicas. Las mujeres que visitan al médico son recetadas con pastillas, cuya composición desconocen y no se preocupan por preguntarlo. Sólo algunas saben que se trata de hormonas y las toman sin cuestionamiento alguno a pesar de las molestias que resultan de su consumo, como dolor de *cerebro*, con el que coinciden muchas de ellas. Aún cuando no lo hagan, mencionan al médico como la persona que visitarían en caso de contar con medios económicos.

Cuando llega a identificarse una causa en relación con la menopausia, se establece claramente una vinculación con el remedio pertinente, aunque esto no es común entre las mujeres del estudio. Se refieren al control mental como causa, tanto de la menopausia como de la menstruación, de manera que sólo pensándolo se puede reglar o dejar de hacerlo.

g) *Mitos*

Se mencionan creencias que aluden a dos aspectos de las mujeres, un primer aspecto que tiene que ver con su sistema reproductivo y un segundo, que se refiere al rol social. En relación con el primer aspecto una mujer expresa: “...yo soy una persona [que] nunca le pregunté a mi mamá, —¿mamá, por qué esto?, —¿mamá, por qué lo otro?; nunca le pregunté a mi madre. Solamente, pues las amigas, que me llegaban a decir algo, ya estaba yo una muchacha como de unos 14 años y todavía no sabía yo qué tenía que hacer la mujer para [tener a] sus hijos, sí, porque (...) mi mamá cuando tuvo a su tercer hijo, me mandó a un mandado y ya llegué yo, y cuando entré, escuché yo que lloraba mi hermano y ya le dije, y yo le pregunté, —¿cómo?, —¿cómo éste resultó ahí?, dice —[salió] por la boca—” (60 años, Zapata).

Otras mujeres mencionan ideas como: *no comer limón o bañarse con agua fría* para que no se corte la regla, así como la creencia de que la mente lo controla todo y “*usted podría hasta hacer que a usted le bajara su regla si usted lo piensa así...*” (65 años, Cuernavaca).

En relación con el rol social de las mujeres, se expresa la idea de que “[*refiriéndose a lo que sintió cuando dejó de bajarle la regla*] *lo asocias también con tu incapacidad de ser mujer, lo cual es otro de los problemas que modifican tu conducta (...)*” (60 años, Cuernavaca), es muy probable que esta incapacidad esté identificada con la función reproductiva.

Lo anterior se refuerza con la idea de que: “*...siempre hemos vivido así, es como una gallina que está uno cubriendo a sus hijos (...), porque si uno como madre no hace eso por sus hijos, pues no, pienso yo que no es madre.*—” (54 años, Zapata), aludiendo al rol que como madres deben desempeñar ante los hijos.

No tocarse el cuerpo, ni sentarse con las piernas abiertas, para evitar que “*entre un animal y que dejáramos de ser señoritas...*”, son otras creencias manifestadas por estas mujeres.

La presencia de este tipo de ideas, aunque no muy frecuente en este grupo de mujeres, nos da cuenta de las creencias que mantienen y que a través de la crianza y la educación, transmiten a sus hijos. En ocasiones logran modificarlas por influencia de la información que escuchan en algunos medios de comunicación, o porque platican directamente con sus hijos, sin embargo, prevalece en ellas un prejuicio que afecta su actitud y comportamiento ante la menstruación y/o la menopausia, que se manifiesta en el siguiente testimonio: “*Y yo, eso, le pedí hartito a Dios, pa’ que no me fuera a pasar igual que a las otras personas, unas que yo, hay unas que, hasta quedan como idas de la mente, como una vecina que por allá tenía yo, quedó hasta media ida, luego piensa que la pasearon (sic)*” (49 años, Zapata).

DISCUSIÓN

La experiencia de la menopausia es un proceso diferencial para las mujeres entrevistadas. Algunas de ellas han construido su vivencia alrededor de síntomas específicos, mientras que otras la incorporan como una etapa más de su vida sin consecuencias significativas; la razón de estos contrastes se ubica en el significado que tienen sobre la menstruación, el significado del rol social de la mujer, la forma en que conciben el proceso

de envejecimiento, la información que tienen de fuentes directas o a través de la experiencia de otras mujeres, la actitud, comunicación y concepto de la pareja. Es difícil definir el peso de cada uno de estos factores, pero de acuerdo con la recurrencia en el discurso de las mujeres entrevistadas, hay uno que quizá pueda identificarse con el orden mencionado.

Podemos señalar que la vivencia alrededor de la menopausia se encuentra estrechamente relacionada con la significación del cuerpo, la materia prima de lo simbólico según Augé (1993). El cuerpo y su gran variedad de manifestaciones se encuentran sometidos a un proceso de interpretación simbólica que lo hacen ser de una forma distinta en cada región. A partir del capitalismo, la noción del cuerpo como una máquina empezó a proliferar, de manera que la función principal que se pensaba para los cuerpos de las mujeres era la procreación. Por muchos años esta idea tuvo repercusiones sobre las posibilidades de participación cívica permitidas para las mujeres, es a partir de ello que Carolina Velásquez (1998), reconoce que la concepción del cuerpo refleja la forma como está organizada la sociedad.

Es importante abrir aquí un espacio de discusión sobre el cuerpo y la manera en la que participa en la formación de diversas representaciones, siendo la de la menopausia una de ellas, para que a través del ejercicio de la deconstrucción sea posible entender la influencia de los discursos sobre las prácticas sociales.

El cuerpo es depositario de lo que no se ve pero necesita un lugar para ser explicado, sobre ellos se deposita una mirada particular⁹ que patologiza y reduce los cuerpos a partes.

Un cuerpo, dice Ivonne Szasz (en Szasz y Lerner, 1996), es un signo y en relación con él todo comienza y termina en la mirada que lo solicita y lo lleva a mostrarse. El cuerpo de las mujeres es el origen de su inferioridad social, emocional e intelectual frente al hombre, según Nicolson (1995).

Cuando jóvenes, los cuerpos de las mujeres son la materia prima de la publicidad en el mundo occidental, objetos mercantiles que al mostrarse ayudan a vender, encerrados en mundos artificiales bajo la mirada del deseo.

Los cuerpos de las mujeres parecen no pertenecerles y con la edad, se van volviendo invisibles para el resto de la sociedad, y para sí mismas

⁹ La objetivación de la visión científicista.

(Sheehy, 1993). Esto es lo que parece ocurrir a las mujeres de este estudio, por el contexto de vida, comparten el uso de sus cuerpos con fines mercantilistas en una sociedad orientada primordialmente hacia la juventud, como lo es la mexicana, y por esta razón, no es extraño que al llegar la menopausia se sientan viejas y acabadas.

La menopausia, como todo evento del cuerpo, tiene una vulnerabilidad política que necesita ser expresada como tal (Foucault, 1978; Proctor, 1995; Pujal, 1998). Los cuerpos son encerrados en un mundo de enfermedad y medicina, son obligados a hacer uso del lenguaje dominante, consistente en dicotomías que desfavorecen a las minorías (Yardley y Beech, 1998). Las personas son privadas de voz, la que habla a través de sus cuerpos es la ideología hegemónica, la de las instituciones, la de la ciencia, la del poder. El discurso que escuchamos de estas mujeres nos deja ver una influencia mezclada, de lo que dicen algunos médicos y lo que ellas aún creen; escuchamos una voz silenciada y denunciante al mismo tiempo, una voz que sigue diferenciando roles de género, que continúa exigiendo a las mujeres y matándolas para el resto de la sociedad.

A partir de esta perspectiva del poder se explican algunos aspectos positivos identificados en las mujeres de este estudio en relación con la menopausia, por ejemplo, el hecho de que algunas de ellas relacionen la menopausia con la liberación de la menstruación,¹⁰ el riesgo de embarazos y las demandas conyugales; significa para ellas un beneficio invaluable que más allá de toda lucha social, sólo es posible obtener a través de este proceso biológico.

Como se comentó anteriormente, este tipo de afirmaciones habla acerca de una representación particular del ser mujer y la vivencia de la sexualidad en relación con ésta. Estas mujeres no le dan demasiada importancia al hecho de que su deseo sexual desaparezca, lo que a la luz de la afirmación de que “*los hombres sólo tienen a sus mujeres para satisfacerles sexualmente*”, nos sugiere que durante su vida sexual no tenían un placer pleno de la misma; resultado de esta aparente “desmitificación de la sexualidad” es la naturalización de la relación edad-libido, con una práctica consecuente; para estas mujeres la menopausia, lejos de significar el disfrute pleno de su sexualidad, significa el límite de su actividad sexual pero en beneficio de ellas, pues eso significa que ya no tendrán que estar más a merced de su pareja.

¹⁰ Vivida como una molestia, que les impide llevar una vida normal.

La mayoría de las mujeres, y las de este estudio no son la excepción, son socializadas en un contexto en el cual se construye el concepto de femineidad en relación con la pasividad y la subordinación, y en el que prevalece una concepción capitalista de sus cuerpos que se expresa en lo que Velásquez (1998) llama “demanda de producción” de hijos. Todo lo anterior es reflejo del papel social de las mujeres, de manera que es difícil negar la influencia de la cultura que hace que los cuerpos respondan de modo diferente.

La Organización Mundial de la Salud (1996) ha señalado que en aquellos países culturalmente orientados hacia la juventud, la percepción de la menopausia se suele caracterizar por el temor a la vejez, a la pérdida de categoría y a la merma de la sexualidad. En México quizá ocurra precisamente esto, hay un énfasis remarcado por todo aquello que alude a la juventud; los anuncios publicitarios, los eventos sociales, hasta el diseño arquitectónico de las ciudades, todo ello está pensado y orientado para gente joven. Los ancianos no se toman en cuenta, han dejado de ser personas productivas y el costo de ello es la relegación, la discriminación y la indiferencia social. Ante este panorama, no debe sorprender el temor que manifiestan estas mujeres por llegar a la menopausia, ya que en general lo relacionan con la edad y particularmente, con la vejez. A partir de su menopausia, serán parte del grupo social más desfavorecido. Si además este cambio se vive sin aceptación, resulta fácil pensar que sobrevenga una depresión, como menciona Sheehy (1993).

Como se ha visto a lo largo de este texto, la vivencia de la menopausia no depende únicamente de las características del propio evento, es una experiencia que se ve alimentada por otras representaciones, como la experiencia más amplia del ser mujer, la concepción del cuerpo, lo que significa la sexualidad, la maternidad, la procreación; construcciones todas ellas, que se han formado socialmente y en tanto que éste es su carácter, han ido perfilando la identidad de las mujeres.

Llegar a la menopausia significa que la utilidad cultural, identificada en la producción y en la reproducción, parece haber terminado, esta misma relación ha sido identificada por autores como Sennott-Miller (1990). Esto puede deberse en parte, como lo menciona Contreras de Lehr (1990), a que algunas corrientes biologicistas de la medicina han elaborado un modelo deficitario de la vejez, que hace hincapié en los cambios fisiológicos involutivos, la degeneración y atrofia progresiva de los aparatos y sistemas, de forma tal que cuando llega la menopausia, la mujer se

ha convertido en una persona vieja e improductiva. No obstante, en algunas sociedades, este conjunto de significados construidos alrededor del envejecimiento puede jugar también un papel positivo, Flint (citado en OMS, 1981) llevó a cabo un estudio en el que reporta que mujeres de la India comunicaron menos trastornos perimenopáusicos que mujeres de Estados Unidos, la explicación que este autor daba era que la mujer india se libera de muchas limitaciones que antes se le imponían y asciende en su situación social, mientras que la mujer de Estados Unidos prevé que su situación va a empeorar en una sociedad orientada hacia la juventud.

En el caso de las mujeres de este estudio, prevalece más esta idea de la vejez asociada a la improductividad, los achaques, la poca utilidad en la sociedad, lo que genera un cierto temor o malestar asociado a la menopausia. En cuanto al cese de la fecundidad, estas mujeres al mismo tiempo que reconocen la liberación de los riesgos del embarazo, identifican este hecho con el fin de su rol social como mujeres, por esta razón se vive este evento como el comienzo de la decadencia, calificada como biológica pero que es más temida por su carácter social.

Aunque en un sentido diferente, este cambio de rol ocurre en algunos grupos sociales como los Iroqueses (Brown, 1970; citado por Héritier-Augé, 1983), entre quienes se ha observado que la representación del hombre como figura dominante y privilegiada existe como en otros muchos lugares, sin embargo entre ellos, las mujeres pueden acceder a ocupar un lugar similar en algún momento de su vida, lo que resulta una costumbre poco usual. Este momento ha sido asociado al periodo en el que ocurre la menopausia, pero no por lo que ésta constituye como evento en sí misma, sino porque está asociada a la vejez y por tanto, a la incapacidad de procreación. Es por tanto, la esterilidad lo que iguala al hombre con la mujer y lo que le confiere el poder que él ostenta durante toda su vida.

Entre los indios piegan (Lewis, 1941; citado por Héritier-Augé, 1983) sucede algo similar con respecto al momento en que ocurre la menopausia, es el momento en que las mujeres son consideradas "con corazón de hombre", pues ya han pasado su periodo de fertilidad, están por tanto más cerca de la representación de lo que debe ser un hombre que de la que corresponde al ser mujer.

Sin embargo, las ideas difundidas en el mundo occidental con relación al papel diferencial de los hombres y las mujeres, han sido aquellas que aluden a la reproducción de las mujeres, derivando de ello funciones

exclusivas como el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico (Héritier-Augé, 1983), de lo que se desprende una especie de condena que las mujeres deben cumplir por el resto de sus días.

En el estudio aparece como una constante la idea de “desaparición” referida de diversas maneras por las entrevistadas: como personas viejas cuya función social ha terminado, como cuerpos silenciados, como término de la vida, como fin de su vida sexual. Autoras como Sheehy (1993) han señalado que a pesar de que la menopausia y la vejez no son eventos coincidentes, la alusión a esta última y todas sus características sociales asociadas, justifican el estado de crisis en la que la menopausia se vive, crisis que se intensifica si las mujeres pierden al mismo tiempo contactos sociales, ya sea porque se divorcian, se jubilan o enviudan.

El hecho de que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio no compartieran la experiencia de la menopausia con sus parejas, porque como hombres no tenían por qué hablar de ello, refuerza la idea propuesta por Oudshoorn (1997) sobre la construcción de los problemas de salud en enfermedades específicas de un género. Las mujeres hablan sólo entre ellas sobre un problema que consideran exclusivo de ellas.

Uno de los elementos constitutivos de las representaciones sociales son los conocimientos que las personas tienen sobre el objeto de la representación. En el caso de nuestras entrevistadas la vía oral resultó ser la fuente principal de transmisión de conocimientos. Se habla aquí de un conocimiento empírico que se ve reforzado por la propia experiencia de las mujeres, aunque se ignora de dónde proviene a su vez esta información. Sin embargo, mencionaron también haber oído algo a través de medios que podemos calificar como “académicos”, de acuerdo con lo que mencionaron se trataba de información que reproduce el discurso médico.¹¹ De lo anterior se desprende que si la información que se está transmitiendo de manera formal no incorpora elementos sociales y críticos, el reporte de las mujeres sobre su experiencia de la menopausia se volverá una mera reproducción de la descripción médica.

Este aspecto debe ser cuidadosamente tratado, sobre todo al diseñar proyectos de investigación, para que al tratar de incorporar la percepción de las mujeres se evite reproducir y reafirmar únicamente el uso de con-

¹¹ Cuya noción implica la existencia de una condición patológica que demanda y legitima la intervención y el tratamiento por parte de profesionales médicos (Richardson, 1995).

ceptos médicos en la sociedad, como parece ocurrir en muchos casos (Rodin, 1992).

Entre las acciones que encontramos en nuestro estudio, resalta la consulta médica que puede interpretarse de dos maneras: puede significar una acción encaminada a la resolución de un problema, cuyo objetivo es obtener tratamiento, información etc.; pero también tiene la función de legitimar la enfermedad. Al tratarla como tal, la consulta afirma la percepción de un cuadro clínico y hace posible la medicalización. Al mismo tiempo, el reconocimiento de la enfermedad legitima los síntomas de las mujeres (molestias y comportamiento), ante ellas mismas y ante la sociedad (King, 1989; Yardley y Beech, 1998).

La menstruación llega a ser reconocida como una enfermedad, este reconocimiento es por lo demás histórico, lo mismo sucede con los procesos asociados a ella como el síndrome premenstrual y la menopausia. De esta forma, las mujeres son confinadas por las expectativas profesionales y sociales de ese diagnóstico, legitimándose médicamente (King, 1989).

Algunas mujeres que acudieron al médico, dijeron desconocer el tipo de pastillas que les fueron recomendadas. Este reconocimiento no sólo da cuenta de una actitud pasiva hacia el evento, sino que es una manera de sumisión ante una autoridad reconocida, en este caso representada por la medicina y la expertez que se le adjudica al/la profesional de esta área; al reconocer a la menopausia como una enfermedad y por tanto, legitimizar la medicalización, se asume la prescripción médica sea cual fuere ésta, sin conocer incluso lo que se ingiere (Yardley, 1998). Al tratar de explorar posibles explicaciones sobre la menopausia, las mujeres expresaron la opinión de sus médicos en lugar del punto de vista de ellas mismas.

En el discurso de las mujeres se encuentra una descripción de la persona victimizada (*es algo que como mujeres nos toca vivir*), ignorante de las causas, en algunos casos dependiente de la medicina tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Por otra parte, la ausencia de acciones concretas y/o el uso de remedios caseros, puede estar hablando de la asunción de que la menopausia es una enfermedad que compete únicamente a la medicina y en este sentido, resulta inapropiado cualquier esfuerzo, teórico o práctico, para enfrentarlo.

Los mitos, a pesar de no haber tenido un peso tan importante entre las mujeres entrevistadas, sabemos que trascienden las fronteras sociales y culturales y se incorporan al propio ser, impregnando su vida, sus pensamientos, sus acciones; de manera que, como señala Bialik (1990), to-

do proceso de desmitificación deberá implementarse desde la niñez; sólo de esta manera podrá evitarse la reproducción de ideas y prejuicios que atenten la identidad de las mujeres.

Por último se expresarán algunas ideas con respecto a las conjeturas que guiaron el presente estudio. En cuanto a la ubicación temporal en el proceso de la menopausia, podemos reconocer una clara diferencia en la orientación de las atribuciones hechas por los tres grupos de mujeres, sin embargo, los datos obtenidos contradicen la hipótesis planteada en un inicio, respecto a la aproximación temporal a la menopausia como estructurante de una representación social de orientación global más positiva.

En relación con el trabajo fuera de casa, de acuerdo con nuestros datos, las mujeres que trabajan fuera de casa muestran mayor seguridad en sí mismas y mayor grado de independencia que las mujeres que no trabajan fuera de casa. Aquellas hablan de la menopausia en términos menos negativos que estas últimas. Todo ello parece confirmar la hipótesis de que las mujeres que trabajan se ajustan mejor a la menopausia, pero no hay suficientes elementos para afirmar que esto se deba a que su satisfacción depende más directamente de ellas mismas. En todo caso, confirma la idea de que las representaciones deben pensarse en relación con la estructura social.

Una red social de buena calidad en términos de amplitud, definición y estabilidad, será una red saludable que actuará de forma virtuosa procurando el bienestar de la gente que en ella se encuentra según Sluzki (1996); si las redes de las mujeres son limitadas, la riqueza representacional puede quedar también limitada a un universo simbólico que se reproduce sin transformarse. Si bien es cierto que las relaciones interpersonales no son la única fuente generadora de significados, sí representan un elemento muy importante en tanto que son la puerta a otros universos simbólicos que propician el diálogo interpretacional. Representan además el encuentro intersubjetivo a partir del cual se conforma la propia subjetividad, en el que se define, en este caso, la identidad de la mujer.

CONSIDERACIONES FINALES

La menopausia se ha construido como un evento exclusivo de las mujeres, relacionado con su sistema reproductivo, su representación refleja la identidad de género que les demanda ser esposas y madres. Las expectativas sociales se transforman en un deber ser para las mujeres, quienes se exigen a

sí mismas haciendo eco del reclamo colectivo, ser productivas y reproductivas, confinando sus intereses al hogar y a los hijos, en detrimento y riesgo de su propia salud. Las diferencias de género no han sido superadas, ni por el colectivo social, ni por las acciones emprendidas por el gobierno.

Las políticas públicas en relación con la mujer han estado orientadas de forma preferente al control de la natalidad, hay pocos recursos asignados para tratar padecimientos menores relacionados con la menopausia u otros eventos de la vida de las mujeres, en comparación con el presupuesto asignado por el estado para la salud materno-infantil (OMS, 1996). Los servicios de salud continúan orientados más hacia la maternidad que a la menopausia, ya que generalmente están diseñados en función de mujeres más jóvenes (Sennot-Miller, 1990), priorizando con ello la función reproductiva identificada para ellas. Para transformar este panorama, las políticas públicas deberán incorporar de forma inmediata las propuestas, institucionales y civiles, encaminadas a acabar con las inequidades de género, de esta manera se estará contribuyendo a la transformación de las representaciones socialmente construidas.

Ante la falta de vinculación entre los hallazgos de investigación y las acciones impulsadas, Kusnir y cols. (1997) ya habían anotado que la mayor parte de los estudios sobre mujeres no se confrontan con las opiniones de las mismas. Es necesario que en el diseño de políticas públicas, se tome en cuenta con rigor el sentir de las mujeres, de manera que se asegure su participación y la disponibilidad de recursos para financiar las acciones que de ello se desprendan.

Todavía hoy en día, la corriente de investigación dominante en materia de menopausia y salud reproductiva tiene una orientación patriarcal que retoma viejos discursos, como el de la vulnerabilidad femenina, para enfatizar diferencias más que para explicarlas; de esta forma, mientras que los hombres opinan sobre el ciclo reproductivo de las mujeres y particularmente sobre la menstruación, las mujeres deben preocuparse por desarrollar estrategias de enfrentamiento a lo que aparece como un problema (Nicolson, 1995).

Sin embargo, si de diferencias se tratara, las más obvias entre hombres y mujeres no son las genéticas sino las culturales y son éstas las que prevalecen a pesar de ser las que justamente podrían eliminarse a través de una buena legislación y nuevas prácticas educativas desde la infancia, lo cual nos da cuenta de una falta de voluntad política al respecto y de una buena dosis de irresponsabilidad colectiva, pues hombres y mujeres,

con su práctica, refuerzan las representaciones que se construyen alrededor de la mujer y su cuerpo. La idea de Ehrenreich (1999) en este sentido es muy clara, la anatomía de las mujeres no debería tener nada que ver con su destino pero lamentablemente, las mujeres han sido esclavas de su biología y han estado prisioneras en una trampa hormonal.

En última instancia, como lo dijera Lander (1988): "...la cuestión de la menstruación no es un problema que necesite ser resuelto, es un problema que necesita llegar a ser un no-problema".¹²

Todo esfuerzo emprendido al respecto es aún insuficiente, sabemos como lo señala Pujal (1998), que la interioridad se construye a través de los otros, y que el discurso construido a partir de ciertas perspectivas como la de la Teoría Social Crítica, ha podido superar el determinismo ontológico heredado por el positivismo, pero esto de ninguna manera significa haber superado el sociohistórico.

Por último, se debe evitar la universalización de la unidad cuerpo-mujer, pues no podemos hablar de una reacción única al proceso de la menopausia, ésta depende del contexto cultural, los valores de la sociedad y la condición reservada a las mujeres adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- BELL, M.L. (1995). Psychological aspects of menopause. *Prim Care*, Jun; 6(2):357-364.
- BIALIK, R. (1990). Perfil de la mujer anciana en México. En OPS/AARP. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/AARP.
- BURT, R.S. (1996) (Testimony). *Beyond Hunt Valley: Research for Women's Health in the 21st Century*. Philadelphia, PA, September 25-27.
- CONTRERAS DE LEHR, E. (1990). La mujer y la vejez: situación de la mujer anciana en México. En OPS/AARP. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/AARP.
- CHIRAWATKUL, S. y L. MANDERSON (1994). Perceptions of menopause in northeast Thailand: contested meaning and practice. *Soc Sci Med*, Dec; 39(11): 1545-1554.
- DOISE, W. y S. MOSCOVICI (1985). Las decisiones en grupo. E en S. Moscovici (comp.), *Psicología Social I, Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos*, Barcelona: Paidós.

¹² Traducción propia.

- EHRENREICH, B. (1999). The Real Truth About The Female. *Time*, Latinamerican Edition, march 8.
- FAIRCLOUGH, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- FOUCAULT, M. (1978). *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI de España.
- FOUCAULT, M. (1990). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- GARRIDO-LATORRE, F., E. Lazcano-Ponce, L. LÓPEZ-CARRILLO y M. HERNÁNDEZ-AVILA (1996). Age of natural menopause among women in México city. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 53:159-166.
- GRIFFIN, M. (1997) (Reporteur Working group 5: Perimenopausal years). *Beyond Hunt Valley: Research for Women's Health in the 21st Century*. Santa Fe, N.M., July 21-23.
- HÉRITIER-AUGÉ, F. (1983). *Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso* (traducción de José Luis Checa Cremades).
- HERRERO, R. et al. (1990). La sistematización en el estudio de la medicina tradicional mexicana. *Nematihuani* (8), Universidad Nacional Autónoma de México.
- IBÁÑEZ, T. (ed.) (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- INEGI (1995). *Morelos. Resultados definitivos. Tabulados básicos*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- JODELET, D. (1982). Représentations, expériences pratiques corporelles et modèles culturels. En *Conceptions, mesures et actions en santé publique*. París: Inserm.
- JODELET, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (ed.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- JONES, J. (1994). Embodied meaning: menopause and the change of life. *Soc Work Health Care*, 19(3-4):43-65.
- KING, ChR. (1989). Parallels between neurasthenia and premenstrual syndrome. *Women & Health*, vol. 15(4).
- KUSNIR, L., C. JUSIDMAN, J. TOWNSED y E. MIJARES (1997). Consideraciones para la elaboración de un estado del arte sobre las políticas públicas y la mujer. En J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamante y J. Townsend, *Las mujeres en la pobreza*. México: GIMTRAP/Colmex.
- LABRUM, A.H. (1980). Menopausal symptoms: Distinguishing psychogenic from physiological. *Med. Aspects Hum. Sexuality*, Feb., pp. 75-76.
- LANDER, L. (1988). *Images of bleeding*. New York: Orlando Press.
- LOLAS, S.F. (1998). Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climaterio femenino. *Cad. Saúde Públ.*, 14(Supl. 1): 131-134.
- MACPHERSON, K.I. (1981). Menopause as disease: the social construction of a metaphor. *ANS Adv Nurs Sci*. Jan; 3(2):95-113.

- MATTHEWS, K.A. (1992). Myths and realities of the menopause. *Psychosom Med*, Jan; 54(1):1-9.
- MCCARY, J. y S. MCCARY (1983). *Sexualidad Humana de McCary*. México: El Manual Moderno.
- MCKINLAY, S.M. (1996). The normal menopause transition: an overview. *Maturitas*, Mar; 23(2):137-145.
- MILLER, M.Y. (1997) (Reporteur Working group 4: Perimenopausal/postmenopausal). *Beyond Hunt Valley: Research for Women's Health in the 21st Century*. New Orleans, LA, June 11-13.
- MOSCOVICI, S. (1981). "On Social Representation", en J. Forgas (ed.), *Social Cognition*, Londres, Academic Press, 181-220.
- NICOLSON, P. (1995). The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Soc. Sci. Med.* vol. 41(6), pp. 779-784.
- OMS (1981). *Investigaciones sobre menopausia*. Serie de informes Técnicos 670. España: OMS.
- OMS (1996). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Serie de informes Técnicos 866. España: OMS.
- OUDSHOORN, E.N. (1997). Menopause, only for women? The social construction of menopause as an exclusively female condition. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, Jun; 18(2):137-144.
- PARKER, I. (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge.
- PASTIZZI, D. (1990). Problemas de la recogida de datos y la investigación sobre las mujeres de edad mediana y avanzada. En OPS/AARP. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/AARP.
- PELCASTRE, B. (1997). *Las ficciones como posibilidad de la intersubjetividad*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- PROCTOR, R.N. (1995). *Cancer Wars: How Politics Shapes what We Know and Don't Know about Cancer*. New York: Basic Books.
- PUJAL, M. (1998). Del saber feminista como práctica de poder a la resistencia postfeminista. Memorias de sujeción a la historia feminista. *Anthropos* 177, marzo-abril, pp. 73-79.
- RICHARDSON, J. (1995). The premenstrual syndrome: a brief history. *Soc. Sci. Med.*, vol. 41(6), pp. 761-767.
- RODIN, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Soc. Sci. Med.* vol. 35(1), pp. 49-56.
- ROSENTHAL, M.B. (1979). Psychological aspects of menopause. *Prim Care*, Jun; 6(2):357-364.
- SCRIMSHAW, S. y E. HURTADO (1988). *Rapid assessment procedures*. UCLA, Los Angeles.
- SENNOTT-MILLER, L. (1990). La situación de salud y socioeconómica de las

- mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. En OPS/AARP. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/AARP.
- SHEEHY, G. (1993). *The silent passage. Menopause*. New York: Pocket Books.
- SHOTTER, J. (1993). *Conversational Realities. Constructing Life through Language*. London: Sage.
- SLUZKI, C. (1996). "La red social: Propositiones generales". En *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa, pp. 37-69.
- SOWERS, M. y M. LA PIETRA (1995). Menopause: Its Epidemiology and Potential Association with Chronic Diseases. *Epidemiologic Reviews*. 17(2):287-302.
- STRAUSS, A. y J. CORBIN (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technics*. Sage: Newbury Park.
- SZASZ, I. y S. LERNER (comp.) (1996). *Para comprender la subjetividad*. México: El Colegio de México.
- TAVARES DE ALVAREZ, J. (1990). Reconocimiento de la mujer de edad: agenda para el decenio de los 90. En OPS/AARP. *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/AARP.
- VELÁSQUEZ, C. (1998). ¿Es neutra la visión de la ciencia? La menstruación no es como la pintan. *Suplemento Doblejornada* núm. 133, 2 de marzo.
- WITTGENSTEIN, L. (1953). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica.
- YARDLEY, L. y S. BEECH (1998). "I'm not a doctor". Deconstructing Accounts of Coping, Causes and Control of Dizziness. *Journal of Health Psychology*, vol. 3(3):313-327.

Anexo

Guía de entrevista

I. Datos sociodemográficos

1. Edad
2. Último año de estudios
3. Edad de la primera regla
4. Edad de la última regla (si procede)
5. Tipo de menopausia:
 - natural ()
 - quirúrgica ()
6. Estado civil
7. Número de hijos
8. Trabaja fuera de casa

II. Diagnóstico

9. Imagínese que va a hablar sobre el periodo en el que deja de bajarle la regla, ¿qué diría usted, cómo lo explicaría?
10. ¿Qué nombre le daría usted a esto que le ocurre?
11. ¿Qué piensa sobre este evento?
¿Por qué?
12. ¿Sabía de ello con anterioridad?

III. Sentimientos/sensaciones

13. ¿Cómo cree que se les debe tratar a las mujeres que se encuentran en este periodo?
14. ¿Cree que este proceso afectaría (o afectó) su relación con los demás?
Sí ____ ¿en qué forma?
No ____ continúe
15. ¿Qué es lo que sintió cuando le dejó de bajar la regla? (para postmenopáusicas)
16. ¿Cree que todas las mujeres experimentan lo mismo?
17. ¿Cómo se siente ahora?
18. ¿Se siente diferente?
Sí ____ ¿en qué?
No ____ continúe
19. ¿Es algo que le preocupa?
Sí ____ ¿por qué?
No ____ ¿por qué?

IV. Cambios en el estilo de vida

20. ¿Este hecho ha modificado en algo sus actividades cotidianas?
21. ¿Este proceso ha modificado en algo sus relaciones personales?
22. ¿Este proceso ha modificado en algo la relación con su pareja?
Sí ____ ¿en qué la ha modificado?
No ____ continúe
23. ¿Comparte estas experiencias y sensaciones con su pareja?
Sí ____ continúe
No ____ ¿por qué?
24. ¿Estos cambios han modificado su aspecto y estado de ánimo?
Sí ____ ¿en qué sentido?
No ____ continúe

V. Cambios fisiológicos

25. ¿Ha notado algún cambio físico como consecuencia de que le ha dejado de bajar la regla (o como consecuencia de que pronto le va a dejar de bajar)?
 Sí ____ ¿cuáles?
 No ____ continúe
26. ¿Ha notado algún cambio en su carácter o en su humor como consecuencia de que le ha dejado de bajar la regla (o como consecuencia de que pronto le va a dejar de bajar)?
 Sí ____ ¿cuáles?
 No ____ continúe
27. ¿Ha experimentado cambios o efectos especialmente incómodos?
 Sí ____ ¿cuáles?
 No ____ continúe
28. ¿Cuáles cree usted que son algunas de las causas de estos cambios?
29. ¿Sabía con anterioridad de estos cambios?
 Sí ____ ¿quién le había informado?
 No ____ continúe
30. ¿Realiza algún tipo de dieta, ejercicio y/o actividad especial para evitar estas molestias?
 Sí ____ ¿qué hace?, ¿quién se lo recomendó?
 No ____ continúe
31. ¿Consulta a alguien, pide ayuda para sus molestias?
 Sí ____ ¿a quién consulta?
 No ____ continúe

VI. Información

32. ¿Éste es un proceso que afecta a hombres y mujeres por igual?
33. ¿Sabe cuál es la causa de este cambio?
34. ¿Ha oído o visto algo por algún medio de difusión referente a este proceso?
 Sí ____ ¿qué ha oído?, ¿en qué medio?
 No ____ continúe
35. ¿Cómo definiría usted la “menopausia”? (utilizar el nombre que dieron las mujeres)

DISCURSOS MÉDICOS Y CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO: MUJERES EN CANCÚN, QUINTANA ROO

ADRIANA LEONA ROSALES MENDOZA

(...) el sistema médico es también estratégico para la opresión de la mujer. La ciencia médica ha sido una de las fuentes más poderosa de la ideología sexista de nuestra cultura. Las justificaciones para la discriminación sexual —en educación, en el trabajo, en la vida pública— recaen sobre la única cosa que diferencia a las mujeres de los hombres: sus cuerpos. Las teorías de la superioridad masculina descansan finalmente en la biología.¹

(EHRENREICH AND ENGLISH, 1973).

Este artículo intenta contribuir a la discusión en torno a la posibilidad de un ejercicio sexual placentero entre algunas mujeres maduras y mayores,² explorando las condiciones genéricas que influyen en la supuesta pérdida del deseo sexual cuando se atraviesa por el climaterio. El discurso médico dominante estima que las mujeres que llegan a la etapa no reproductiva del curso de vida experimentan menor deseo sexual y como consecuencia de ello, disminuyen sus prácticas de sexualidad. Si miramos esta situación a la luz de la perspectiva de género probablemente hallaremos otras dimensiones relacionadas con el hecho de que muchas mujeres deciden dar término a su ejercicio sexual precisamente en el momento en que llega la menopausia, lo que puede obedecer a los significados culturales que se confieren a dicho acontecimiento y a los ordenamientos sociales en torno al género.

Las interrogantes que propiciaron esta reflexión derivaron de la lectura de algunos artículos que dan cuenta de la relación entre los cambios

¹ Traducción de la autora.

² Siete mujeres de entre 46 y 64 años entrevistadas en Cancún. Véase cuadro.

físicos producidos en el cuerpo y las percepciones sobre la sexualidad femenina en ciertos contextos. Paula Nicolson (1994), quien ha explorado los significados atribuidos a los eventos de la trayectoria de vida, indica que si “la anatomía femenina es destino” las experiencias de las mujeres se vinculan con el hecho de haber nacido con un cuerpo femenino. Por su parte, Beyene (1991) apunta que en culturas como la maya, en donde la identidad femenina se encuentra muy ligada a la reproducción y la maternidad, las mujeres que llegan a una etapa no procreativa del ciclo de vida, presentan cambios en la percepción de sí mismas y se sienten liberadas de una pesada carga, pero al mismo tiempo dicen sentir menos deseo sexual. Por otro lado, Linda Gannon (1994) sugiere que los cambios físicos producidos durante el climaterio obedecen más al proceso de envejecimiento que a los cambios hormonales desencadenados a raíz de la menopausia.

A partir de ahí surgieron interrogantes para indagar más a fondo en torno al tema: ¿A qué atribuyen las mujeres entrevistadas que se modifiquen sus prácticas sexuales? ¿Cuáles son las razones o motivos por los que afirman que su deseo y satisfacción sexual disminuyen durante el climaterio o después de la menopausia? ¿Existe una relación directa entre el climaterio y la pérdida del deseo y el placer, o son acontecimientos independientes que ocurren al mismo tiempo? Si poseer o habitar un cuerpo femenino otorga particularidades a las experiencias sexuales, ¿cómo interpretan algunas mujeres los cambios físicos y emocionales ocurridos en el climaterio en relación con su sexualidad?, ¿los vinculan o encuentran que no existe una relación causal entre los malestares físicos del climaterio y el ejercicio sexual?

Se ha supuesto en “la mujer” una capacidad disminuida para sentir deseo y experimentar placer sexual, idea que refuerzan diversos discursos dominantes, entre los que destaca el discurso médico. El estigma de mujer *menopáusica*³ supone que se ha satisfecho la sexualidad mediante la maternidad, y que se atraviesa por un proceso en el cual se deja de sentir deseo y sensaciones corporales placenteras. Si bien la menopausia es

³ En los documentos mencionados así como en los artículos médicos revisados se utilizan los términos *posmenopáusicas*, *climatéricas* o *mujeres de la tercera edad* para referirse a las mujeres en edad no reproductiva. En este artículo se prefiere hablar de mujeres maduras y/o mayores y sólo se conservan dichos términos cuando provienen de una cita textual o una paráfrasis. Todas las cursivas utilizadas para resaltar el uso de esos vocablos son mías y tienen el objeto de hacer notar su carácter peyorativo.

un acontecimiento fisiológico, el significado conferido al mismo es particular en cada contexto histórico, cultural, social, económico, político y personal.

Dentro del construccionismo social hay una corriente que niega la presencia de un deseo inherente en el ser humano, y otra que considera que “el deseo es innato, pero se construye a partir de los actos, la identidad, la elección del objeto, y la comunidad” (Vance, 1989: 111). Es sumamente arriesgado afirmar que lo que somos los humanos, nuestro cuerpo, nuestra mente, nuestro ser, es sólo un constructo social; la biología sigue definiendo genéticamente nuestro cuerpo, sexo, talla y color de piel, entre otras cosas. No es el lugar aquí para abordar si nuestro deseo sexual es más biológico que cultural o viceversa, pero me adhiero al planteamiento de que el deseo se relaciona con los procesos de conformación de la identidad en contextos culturales particulares.

El deseo y el placer constituyen procesos físicos y psicológicos, pero también simbólicos, que se forjan en la interacción con otro(s), sean éstos personas, animales u objetos. Aunque las diferencias naturales se interpreten a través de la cultura, nada nos autoriza a negar la existencia de un cuerpo que está formado de carne, huesos, órganos, humores y fluidos; lo interesante es comprender que significan “algo” a la luz de cada cultura particular. Por ejemplo, la sangre menstrual es un fluido corporal que en términos simbólicos es tomada como contaminante entre los mayas yucatecos, motivo por el cual las jóvenes deben permanecer en sus casas alejadas de la milpa durante la ceremonia que se celebra para las labores de cultivo: *hedzlu'um*.

El proceso de construcción cultural del sexo y por tanto del cuerpo, tiene que ver con las representaciones de una sexualidad que ha sido acuñada para ejercer poder sobre los otros (Foucault, 1993). La sexualidad se ordena bajo mandatos sociales que consisten en normar los deseos, placeres, necesidades y afectos de las personas. El climaterio se constituye en un espacio para hacerlo, aunque como veremos, las mujeres no son entes receptivos sino personas que toman decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad.

Para contrarrestar la explicación de que un acontecimiento biológico como la menopausia determina el ejercicio de la sexualidad situó las percepciones del deseo y el placer, más que en el ámbito anatómico o fisiológico del cuerpo, en el espacio simbólico del mismo, tomando en cuenta que la carne constituye el cuerpo al que se confieren significados

culturales. Para explicar la supuesta pérdida del deseo y el placer sexual en mujeres maduras, planteo, siguiendo a Linda Gannon (*op. cit.*), que las representaciones del deseo y el placer sexual se vinculan más con los procesos de la trayectoria de vida (como podría ser el envejecimiento) que con los cambios hormonales que se producen después de la menopausia. Sugiero que además, e independientemente de atravesar por el climaterio, las mujeres maduras experimentan modificaciones en sus relaciones de pareja y en la percepción que tienen de sí mismas debido a las construcciones socioculturales de género.

En el primer apartado efectúo una pequeña revisión de lo que algunos textos médicos dicen en torno al climaterio, con el objetivo de entablar una discusión con el supuesto de que ciertos cambios físicos ocurridos a raíz de la menopausia causan la disminución del deseo y el placer sexual femenino. Enseguida, presento las percepciones de algunas mujeres en torno al tema, específicamente sobre los placeres y malestares durante el climaterio en su cruce con las relaciones de género y sexualidad. Finalmente incluyo los casos particulares de tres mujeres (subrayando el de Matilde) que han sufrido violencia de distintos tipos. La violencia de género se presenta en distintas etapas de la vida de las mujeres, pero es un tema recurrente en los relatos de las mujeres que atraviesan por el climaterio; se vincula con la sexualidad cuando se ejerce en forma simbólica para someter el deseo y el placer, como ocurre con Matilde, involucrando un control de acceso a los recursos económicos. La violencia de género entre mujeres maduras y mayores incluye la discriminación de que son objeto por su edad, ya que algunos varones ensalzan la juventud y señalan la diferencia entre sus esposas o parejas, ya viejas, y las mujeres jóvenes con quienes tienen oportunidad de relacionarse cotidianamente.

EL DISCURSO MÉDICO DOMINANTE SOBRE LA SEXUALIDAD DURANTE EL CLIMATERIO

El discurso médico sobre la menopausia y el climaterio es un instrumento de control de la sexualidad femenina pues subestima las posibles prácticas sexuales placenteras de las mujeres, además influye en la construcción de estereotipos femeninos mediante una serie de normas avaladas por una doble moral sexual diferenciada para hombres y mujeres en contextos históricos y culturales determinados. El climaterio es observado

como una etapa estéril no sólo desde su dimensión biológica sino también en relación con ciertas condiciones sociales y psicológicas que involucran la vida personal, útil, productiva y de valía de las mujeres. Mucho de lo que las mujeres perciben de sí mismas tiene que ver con las representaciones de un discurso médico dominante que concibe a “la mujer” como un ser sexuado sólo en términos de su capacidad reproductiva (Ehrenreich y English, 1973).

La población femenina mayor de 50 años en México ha estado marginada en el contexto de las políticas públicas del Estado. El Programa Nacional de la Mujer (1996) considera *de la tercera edad* a las mayores de 60 años. El Programa de Salud Reproductiva (1995) comprende aquellos aspectos relativos a la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de los adolescentes, el tratamiento de cáncer del aparato reproductivo, la prevención, detección y manejo de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y la atención en el climaterio y la menopausia. Se considera a las mujeres de entre 15 y 49 años como mujeres en edad fértil, y las *posmenopáusicas* no tienen un rango determinado de edad. Las mujeres cuyas edades oscilan entre 50 y 59 años no aparecen en ninguno de los grupos de edad incluidos en los programas mencionados.

El Programa de Salud Reproductiva (*ibid.*) estima que “como consecuencia del notable incremento en la esperanza de vida al nacimiento en nuestro país, un número considerable (aproximadamente siete millones) de mujeres pasarán una parte importante de su vida en la *condición posmenopáusica*” (p. 11), por lo que se considera relevante “instrumentar acciones de información educativa y social, así como de prestación de servicios en diferentes niveles de atención para el manejo del *síndrome climatérico* y la *condición posmenopáusica* con el fin de prevenir sus complicaciones” (p. 17). Además considera como complicaciones la atrofia urogenital, la arteriosclerosis, la osteoporosis y las alteraciones psicológicas (p. 11). Dentro de las metas se pretende mejorar el nivel de vida de las mujeres en edad post-reproductiva a partir del estudio de la *sintomatología del síndrome climatérico* y sus complicaciones, otorgando servicios de calidad que incluyan orientación, consejería y manejo oportuno del climaterio (p. 23). Las estrategias y líneas de acción contemplan “implementar un programa de educación continua y vigilancia de la perspectiva de género al personal prestador de servicios de salud reproductiva” (p. 32). Aunque en varios apartados se habla de la perspectiva de género, la problemática de las mujeres en edad no fértil es tratada exclusivamente

desde su aspecto biomédico. Se habla de alteraciones psicológicas pero no se explica qué se entiende por ello, y mucho menos se vinculan esas supuestas modificaciones con situaciones que tengan que ver con las relaciones de género, ya sean éstas de pareja, con los hijos o con los prestadores de servicios de salud. Es evidente que las políticas de salud reproductiva, como su nombre lo indica, están dirigidas sobre todo a la población femenina en edad fértil.

Hasta ahora, en México, no se ha implementado ninguna táctica que beneficie a mujeres que se encuentran en el climaterio, aunque las estrategias del Programa de Salud Reproductiva lo prevean. Es evidente también que en los programas citados se han incorporado las nociones de género y salud sexual sin que ello implique un compromiso político por parte del Estado, ni una real capacitación del personal de salud que atiende a las mujeres en esta etapa de su vida. Por eso, tal vez está por demás decir que la sexualidad de las mujeres durante el climaterio es un asunto que no se contempla.

En sectores conservadores de la sociedad mexicana se aprecia la sexualidad femenina si ésta se ejerce dentro del matrimonio y con fines procreativos. Hay una sobrevaloración de la maternidad y una mujer es percibida como más mujer si tiene hijos y cumple adecuadamente lo que se considera su papel fundamental en la vida; por otra parte, se piensa que buena parte de la hombría depende de la cantidad de sexo que se practica.

Probablemente durante el climaterio existan modificaciones que estén directamente relacionadas con la fisiología del cuerpo femenino como la disminución de la lubricación vaginal al descender los niveles de *estrógenos*, pero sugiero pensar el cuerpo más allá de los procesos físicos, pues el deseo si bien se experimenta en la carne, surge y se alimenta de representaciones culturales como son pensamientos, fantasías, sueños, imágenes, sonidos, olores, etcétera.

Existe al mismo tiempo una confusión entre la eventualidad de procrear y la posibilidad de un ejercicio sexual libre y placentero para las mujeres. Nuestra sociedad refuerza la idea de que cuando una mujer tiene relaciones sexuales está implícito su deseo de un hijo y por tanto, para muchas personas resulta sospechoso el que una mujer casada no planee la llegada de los descendientes. Así pareciera que lo importante del acto sexual femenino es que éste culmine con el embarazo y no la posibilidad de experimentar satisfacción en su cuerpo. Linda Gannon (*op.*

cit.) señala que la confusión entre fecundidad y capacidad sexual propicia el supuesto de que existe una disminución del deseo y el placer, sobre todo en las mujeres maduras, pues su capacidad procreativa cesa con la menopausia. En cambio se piensa que en los varones la potencia sexual se mantiene intacta hasta la vejez porque la producción de espermatozoides continúa casi hasta la muerte.

La ciencia médica hace una distinción entre las nociones de climaterio y menopausia. La menopausia es el término definitivo de la menstruación, y ocurre entre los 48 y 55 años en mujeres latinoamericanas (OMS, 1994). A la etapa en que disminuye la producción de las hormonas femeninas, *estrógenos* y *progesterona*, se denomina perimenopausia; es el periodo entre la aparición de ciclos menstruales irregulares y su desaparición completa. Comienza a declinar la fertilidad, aparecen irregularidades en el flujo menstrual y se reportan fatiga, mareo, dolores de cabeza e insomnio que pueden tener su origen en una falta de equilibrio entre los sistemas endocrino y neurovegetativo (Cravioto, 1994). “El ovario deja de producir progesterona que es la hormona de la maternidad. Y esta falta de progesterona es trascendente, porque la progesterona compensa a los estrógenos y su falta puede ser el origen de enfermedades” (Muntané, 1994: 29).

La menopausia no natural ocurre cuando son extirpados los ovarios y por tal motivo no se produce ya la ovulación. Al momento posterior al término del sangrado menstrual se le llama posmenopausia (Harlow, 1996; Muntané, *op. cit.*). El climaterio es un periodo mayor que comprende la perimenopausia, la menopausia y la posmenopausia, y puede durar en promedio diez años (Cooke, 1984). La menopausia es vista como una alteración que presenta síntomas. El síntoma se refiere a un fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión y en ese sentido, hace alusión a lo que se puede denominar enfermedad, malestar o afección. Acontecimientos naturales como la menstruación son pensados como “enfermedad” por las mismas mujeres. Es común en nuestra sociedad escuchar frases como “me enfermé” para comentar que se está menstruando. El embarazo también se denomina “me enferme de niño”, y al momento de parir, la mujer “se alivia”. No es de extrañar entonces que la menopausia sea concebida también como una patología.

Una de las contribuciones pioneras de la medicina a la ideología sexista ha sido describir a la mujer como enferma, y como potencialmente dañina pa-

ra el hombre (...). Desde que Hipócrates lamentó 'las perpetuas dolencias femeninas', la medicina (...) ha tratado el embarazo y la menopausia como enfermedades, la menstruación como un desorden crónico y el nacimiento como un evento operatorio (Ehrenreich y English, *op. cit.*: 6).⁴

Los trastornos a nivel físico originados por la menopausia incluyen una disminución estrogénica que genera cambios "patológicos" en el *tracto urogenital* como pérdida del vello púbico, resequedad vaginal, adelgazamiento de los tejidos y debilidad muscular. "Se produce atrofia del *epitelio vaginal (vagininitis senil)*, cuyas principales manifestaciones son comezón, inflamación, sensación de calor, *dispaurenia* [dolor durante el coito], sangrado fácil y mayor susceptibilidad para infecciones vaginales" (Colston, 1991: 553). Puede ocurrir una disminución del tamaño del cervix y del útero con lo que se corre el riesgo de tener incontinencia urinaria. También aumenta la posibilidad de padecer *osteoporosis* por la falta de calcio y con ello se incrementa hasta en diez veces el riesgo de lesiones óseas. Ocurren problemas cardiovasculares (presión arterial alta y enfermedades cardíacas). Los científicos no se ponen de acuerdo en si estos síntomas son causados por la menopausia; algunos dicen que sólo en las mujeres cuya menopausia ocurre de manera precoz aumentan los riesgos cardiovasculares, mientras que otros piensan que los problemas cardiovasculares se relacionan más con ciertos hábitos como el tabaquismo o la falta de ejercicio (Cooke, *op. cit.*).

Otro de los "síntomas" frecuentemente asociados con la menopausia en la literatura médica son los denominados bochornos, si bien se reconoce que no se presentan en todas las mujeres. Los bochornos son "una alteración vascular, súbita, periódica y sistémica que dura por lo regular de 30 segundos a cinco minutos" (Cravioto, *op. cit.*: 552); son "la sensación repentina de calor en cara, cuello y tórax acompañada de enrojecimiento cutáneo (...) y palpitaciones [que tienen su origen en] un desequilibrio *neuroendocrino* (...) y que provoca aumento en la temperatura y la frecuencia cardíaca, así como sudoración" (Colston, *op. cit.*: 355). La investigadora feminista Emily Martin (1992) sostiene que éstos no constituyen sólo un acontecimiento físico y que de acuerdo a estudios efectuados en diversos contextos, su ocurrencia podría relacionarse con aspectos socioculturales. En Canadá, por ejemplo, el 69.2% de una

⁴ Traducción de la autora.

muestra de mujeres que atravesaban por el climaterio refirió haber tenido bochornos, en contraste en Japón el porcentaje fue sólo del 20%. La cultura Occidental observa la menopausia como una etapa de deterioro y decadencia y como el final de la etapa productiva, en cambio en otras culturas, las mujeres aprecian los sangrados y los bochornos, pues tienen la creencia de que limpian el cuerpo. Por ejemplo, en un pueblo de pescadores de Nueva Zelanda las mujeres asumen que los bochornos son causados por la “mala sangre” la cual debe ser desechada para purificar el cuerpo. (Martin, *op. cit.*: 167-168).

En el artículo médico de Colston (*op. cit.*) se afirma que la mayoría de las mujeres que presentan bochornos piensa que los demás notan su molestia, lo que les provoca vergüenza. Emily Martin profundiza sobre el tema utilizando algunos planteamientos de Goffman sobre las situaciones sociales que provocan vergüenza. Se siente vergüenza cuando se fracasa en el intento de afirmar la propia imagen; cuando se pone en peligro la imagen social que se quiere proyectar, por ejemplo, si se tiene un tropiezo o una caída en público; se experimenta vergüenza cuando una situación no es como se tenía prevista o cuando se invade la privacidad o se es el centro de atracción sin desearlo. Algunas de las mujeres japonesas y canadienses, incluidas en los estudios referidos por la misma autora, se sienten avergonzadas cuando experimentan los bochornos, pues éstos hacen evidente que se es una mujer de cierta edad; pero son sobre todo las mujeres sometidas a mayor presión social o de trabajo quienes refieren mayor frecuencia de bochornos, mientras aquellas que son amas de casa los presentan menos (Martin, *op. cit.*).

A partir de la década de los cuarenta del siglo XX se empiezan a realizar estudios detallados sobre la menopausia lo que induce el descubrimiento de los estrógenos naturales que sustituyen a los estrógenos conjugados en el denominado tratamiento de reemplazo hormonal suministrado a algunas mujeres durante el climaterio (Muntané, *op. cit.*). La terapia de reemplazo hormonal es considerada óptima para que las mujeres *climatéricas* mantengan su salud. “Los tratamientos para mujeres *posmenopáusicas* se sugieren como profilaxis de trastornos que pueden ocurrir a largo plazo” (Muntané, *op. cit.*: 30). En un estudio realizado en Estados Unidos se comparó a dos grupos de mujeres en la posmenopausia para saber si se producía o no depresión (ansiedad y fatiga) en dicho periodo; a uno se le sometió a la terapia de reemplazo hormonal y al otro se le administraron placebos. Los resultados indicaron que al someterse

a la llamada terapia de reemplazo hormonal mejoraban notablemente los estados depresivos (Cravioto, *op. cit.*). En la terapia hormonal se utilizan *estrógenos* sintéticos en forma combinada con *progestágenos*, y para aquellas que sufrieron la pérdida del útero se administran sólo *estrógenos* (Organon, 1997).

La terapia de reemplazo hormonal es causa también de controversia en el sector médico, pues unos afirman que mejora notablemente los síntomas asociados al climaterio, y otros dicen que puede provocar cáncer en el útero. Otra cuestión que debería indagarse a fondo es sobre los intereses económicos⁵ que están de por medio para promover el uso de la terapia de reemplazo hormonal.⁶ En *Organon (ibid.)* se afirma “los ginecólogos están de acuerdo en que la terapia hormonal de reemplazo es la manera más efectiva de tratar los problemas asociados a la menopausia (...) lo más avanzado es un tratamiento al que se le conoce como el primer *gonadomimético* porque tiene efecto estrogénico, prostagénico y suave efecto androgénico que mejora el estado de ánimo y la libido; sin necesidad de un sangrado menstrual cíclico” (*ibid.*: 3-4). Además, se menciona que la terapia de reemplazo hormonal protege contra el cáncer de útero y de ovarios, y que sólo una de diez mujeres presentan ligeras náuseas, dolor de senos o retención de líquidos al someterse al tratamiento.

En la actualidad el enfoque médico predominante señala que la menopausia representa un problema. “La menopausia es la edad crítica de la mujer. A los cuarenta años llega la primera crisis, propia de la aparición inicial de las arrugas, y de la pérdida de respuesta satisfactoria por parte de este espejo mágico de todos los días” (Muntané, *op. cit.*: 15). El género construye a la mujer *climaterica*. El “espejo mágico de todos los días” alude a la madrastra de Blanca Nieves quien diariamente pregunta a su espejo: ¿Quién es la más hermosa?. La “primera crisis” es el presagio de lo que ocurrirá después, es decir, la pérdida de la capacidad reproductora; segunda crisis: “la mujer” no puede ser madre. La construcción de género otorga primacía a la identidad femenina centrada en la juventud, la belleza y la maternidad.

⁵ El Primer Simposium del Climaterio fue organizado en marzo de 1998 por el Centro Mexicano de Medicina Reproductiva en el Hotel Sheraton de la ciudad de México.

⁶ La publicación periódica del laboratorio Organon estuvo dedicada en el mes de agosto de 1997 a promover la terapia de reemplazo hormonal. También existe información de este tipo en internet. Son sobre todo las mujeres con mayores recursos económicos la población objetivo de laboratorios y clínicas.

El sentido de pérdida de la capacidad reproductiva se relaciona con las llamadas alteraciones psicológicas, como la depresión, las cuales de acuerdo con el discurso médico son el resultado de la disminución en la producción de hormonas; no obstante, algunos autores reconocen que existe una controversia en la comunidad médica sobre si dichos síntomas tienen relación con los niveles de *estrógeno* (Harlow, *op. cit.*; Cravioto, *op. cit.*; Muntané, *op. cit.*). Se afirma a menudo que en la posmenopausia aparecen sentimientos depresivos, como el cansancio, la irritabilidad y la falta de energía; pero estudiosos del tema (Brown y Brown, citados por Cooke, *op. cit.*: 263) consideran que los síntomas psicológicos que se describen en muchos textos médicos sobre menopausia aparecen también en otras etapas de la vida, por lo que no son privativos del climaterio.

La depresión se atribuye con frecuencia a la pérdida de la capacidad reproductiva (Colston, *op. cit.*). Los factores psicológicos tienen que ver, entre otros, con “estados de depresión y angustia que muchas veces se basan en un sentimiento de pérdida de la función reproductora, que puede dar origen a una sensación de que se redujo su función biológica” (*ibid.*: 384). Otros autores (Cooke, *op. cit.*) asocian ciertas conductas a los factores psicológicos del climaterio como los hábitos de intoxicación (fumar, beber), “la demencia” y los sentimientos religiosos. También se señala el carácter somático del climaterio, es decir, la transformación de los problemas psicológicos en dolores físicos o malestares corporales, entre los que se incluyen los bochornos, entumecimientos, aumento de peso, dolor muscular e insomnio. Otros autores afirman que no existen datos claros y confiables sobre la relación entre el insomnio y el climaterio (Jaszmann, Van Lith, Zath, citados por Cooke, *op. cit.*). En un estudio efectuado con mujeres germanas se halló que no existen evidencias de aumento de enfermedades psicológicas y psicosomáticas durante el climaterio (Prill citado por Cooke, *op. cit.*).

Si se piensa que el climaterio ocurre durante lo que se podría llamar edad adulta media, quizás podríamos ubicar el origen de los estados depresivos en otro sitio. Sugiero que la depresión puede estar relacionada con periodos del curso de vida por los que se atraviesa. Las causas que la determinan son múltiples y variadas. Probablemente tengan que ver con la menopausia como fenómeno físico, pero también se relacionan con factores sociales, como puede ser el deseo de permanecer joven ante la sobrevaloración social de la juventud en nuestra sociedad. Por otro lado,

en una cultura de culto a la maternidad como es la mexicana, muchas mujeres viven la pérdida de sus funciones maternas conflictivamente, sobre todo si confluyen varios factores como la independencia de los hijos, la cercanía de la vejez o de la muerte, y la inestabilidad en relación con la pareja. Las relaciones de género que se establecen son un factor de riesgo importante para desencadenar la depresión. Muchas mujeres, de diversos contextos, viven vinculaciones conflictivas en las cuales la subordinación y la violencia se presentan como situaciones cotidianas. El poder que ciertos varones ejercen sobre “sus mujeres” ha sido ampliamente documentado por la literatura feminista y a partir de ahí, podrían explicarse algunos de los sentimientos de tristeza y ansiedad experimentados por mujeres en determinados momentos de su vida. Otro factor que pudiera estar relacionado con la depresión es la problemática generada por las condiciones socioeconómicas, las cuales repercuten en el acceso a una buena calidad de vida (higiene, alimentación, cuidado de la salud, etc.).

Hasta ahora se ha hecho referencia a tres de los cuatro “síntomas” asociados por la literatura médica con el climaterio y la menopausia: los vasomotores, los óseos y los psicológicos. El otro síntoma de esta etapa de la vida se refiere a los “trastornos” sexuales, entre los que se mencionan la *dispaurenia* como consecuencia de la atrofia vaginal o la falta de lubricación. (Cooke, *op. cit.*: 260). A nivel físico tanto en hombres como en mujeres ocurre una disminución en los niveles de las hormonas (estrógenos o testosterona). Disminuye la flexibilidad en los tejidos de la vulva, el cervix, el útero y los ovarios, y en los hombres, los testículos se tornan flácidos y de menor tamaño. Disminuye la vasocongestión en los genitales lo que provoca menor lubricación vaginal y hace más lenta la erección peneana. La duración del orgasmo es menor debido a la reducción de las contracciones vaginales y uterinas, así como a la disminución de las contracciones que producen la eyaculación en los varones. Se reduce la capacidad multiorgásmica de las mujeres y en los hombres el orgasmo es más corto (Gannon, 1994).

La imagen de mujer *menopáusica* asexualizada proviene de la idea generalizada de que la vida de las mujeres está determinada por la producción de estrógenos. En Estados Unidos los investigadores médicos no se ponen de acuerdo en si la disminución del nivel estrogénico es causante o no de una menor actividad sexual (*ibid.*). Colston ratifica lo anterior al expresar que “en un estudio doble ciego con estrógenos y placebo, el úni-

co síntoma agudo que pudo correlacionarse de manera significativa con la falta de aquellos (de estrógenos) fueron los bochornos⁷ (Colston, *op. cit.*: 354).

Saber si el proceso de envejecimiento, los factores físicos de la menopausia o los vínculos que cada mujer establece con su pareja es lo determinante para el deseo y el placer sexual es muy difícil, pues ser mujer madura, llegar al climaterio y tener problemas en la relación de pareja son situaciones que ocurren con frecuencia al mismo tiempo. No obstante, considero que existe una alta valoración de la reproducción femenina, lo cual repercute en la forma en que las mujeres se perciben a sí mismas, en la manera en que se sienten deseables, y en las sensaciones corporales placenteras o desagradables que se experimentan. Los estereotipos de la mujer madura en culturas occidentales contribuyen a reafirmar la idea de que para las mujeres de cierta edad la sexualidad es ya inexistente o indeseable, pues se ha satisfecho el rol sexual con la maternidad. La disminución de estrógenos puede provocar una deficiente lubricación vaginal durante el acto sexual, pero existen otros factores como la capacidad de excitación o de sentir deseo por alguien con quien se establecen vínculos. Los sentimientos hacia la pareja, así como la ansiedad, el enojo, la insuficiente estimulación, el cansancio y los problemas de comunicación en la relación de pareja pueden afectar la posibilidad de conseguir una adecuada lubricación vaginal y por tanto, de tener relaciones sexuales satisfactorias en el plano fisiológico; aunque no hay que perder de vista que la sexualidad involucra, además de las relaciones coitales, a nuestro cerebro, piel, vista, oído, olfato, gusto, etcétera.

Volviendo a las preguntas planteadas al principio, veamos ahora qué dicen las mujeres sobre el deseo y el placer y/o por qué motivos deciden, al llegar a cierta edad, abstenerse de las relaciones sexuales, ¿estarán ejerciendo su derecho a la abstinencia sexual? Las respuestas probablemente podríamos hallarlas explorando el papel que juegan el deseo, el cortejo y los vínculos afectivos en el ejercicio de la sexualidad por un lado, y por otro, los condicionamientos de género que subrayan incansablemente que las mujeres nacieron para ser madres y vivir eternamente bellas y jóvenes.

⁷ El estudio a que se refiere es: H.L. Judd *et al.*, *Endocrine Function of the Postmenopausal Ovary: Concentration of Androgens and Estrogens in Ovarian and Peripheral Vein Blood*. J Clin Endocrinol Metab 39:1020, 1974.

CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO
DE ALGUNAS MUJERES DE CANCÚN, QUINTANA ROO

Las informantes tomadas en cuenta para la realización de este artículo fueron siete, cuatro participaron en un grupo focal y tres fueron entrevistadas individualmente.⁸ Son inmigrantes de los estados de Yucatán, Campeche, Tabasco, Veracruz y la ciudad de México. Su promedio de edad es de 55 años. Una es de origen maya y aprendió esa lengua como materna, dos más (Cecilia y Patricia) aunque no son de ascendencia maya, vivieron en comunidades en las que habita un alto porcentaje de personas mayas (en Valladolid y Muna respectivamente). Cinco son casadas y tres están separadas. Su escolaridad varía de ningún año cursado a secundaria completa. El promedio de hijos es de 5.5, pero una tiene once y otra no tuvo hijos.

Se utilizaron dos instrumentos de recolección en la investigación, la entrevista individual y el grupo focal. La entrevista individual constó de dos secciones. En la primera se invitó a las participantes a relatar su historia de vida de manera espontánea. El objetivo era permitir a la mujer platicar lo que desde su punto de vista consideraba relevante a partir de una lógica narrativa, en donde no se interrumpiera con preguntas que la llevaran a argumentar sobre los temas abordados. En la segunda sección, se utilizó un guión de entrevista previamente elaborado, así como las anotaciones que resultaron de la entrevista narrativa y que fueron considerados temas de interés para la investigación. El objetivo de esta parte, fue lograr una lógica argumentativa en el discurso de la participante, poniendo énfasis en preguntas que incluyeron por qué y para qué.

Los temas incluidos en el guión de entrevista se organizaron en torno a cinco ejes considerados relevantes: 1) Contexto: vida familiar en la infancia, educación, valores inculcados y división del trabajo por sexos en la unidad doméstica. 2) Noviazgo: costumbres en la comunidad de origen, cortejo, virginidad y deseo sexual. 3) Relación de pareja dentro del matrimonio o unión: expectativas ante el matrimonio, negociaciones y sentimientos experimentados durante las prácticas sexuales, deseo y placer sexual. 4) Salud reproductiva: menstruación, embarazo, parto, lactancia, aborto, maternidad, climaterio y menopausia.

El otro instrumento de indagación, el grupo focal, permite explorar (fo-

⁸ La información que se presenta es parte de un estudio mayor en el cual participaron 18 mujeres en total.

calizar) sobre un tema en particular y hallar similitudes y diferencias, lo que facilita la tarea de identificar nuevos ejes de interés. Según Pichon-Rivière (1983) los procesos que actúan en forma permanente y latente durante el funcionamiento de un grupo son: los procesos de aprendizaje y comunicación que forman parte del grupo, los miedos relacionados con el ataque en la nueva situación a estructurar, el temor al cambio y la resistencia a éste, el sentimiento de inseguridad frente al cambio, y las fantasías que se generan en el proceso grupal sobre el tema que se está abordando. Tomando en cuenta estos aspectos, la dinámica del grupo estuvo dirigida personalmente por la investigadora, quien actuó como facilitadora para lograr la integración de las participantes, propiciando la libertad de expresión entre todas ellas.

Los datos generados a partir de cada una de las dos técnicas de recopilación empleadas fueron de gran riqueza, pero presentaron particularidades propias de cada intervención. Finalmente, por cuestiones de tiempo y espacio, se escogieron para presentar en este artículo los discursos que se indujeron a partir de la dinámica del grupo focal y los relatos derivados de la segunda sección de la entrevista individual, es decir, aquellos en donde las entrevistadas tuvieron oportunidad de argumentar además de narrar sus experiencias.

Asimismo, por las mismas razones, se realizó un corte arbitrario de las categorías con las cuales se trabajó en el proceso de investigación. Para el presente artículo se tomaron como categorías de análisis el género y la sexualidad, y se relacionaron con otras como el climaterio, el placer, el deseo, el amor, la infidelidad, la violencia y el derecho a decidir sobre sí misma. Los relatos de las tres mujeres entrevistadas individualmente son más finos y dan cuenta con mayor claridad de las relaciones de género y las prácticas sexuales en el noviazgo y el matrimonio, en cambio las opiniones vertidas en el grupo focal fueron más útiles para indagar sobre la vinculación entre sexualidad y climaterio.

PLACERES Y MALESTARES EN EL CLIMATERIO

“Como mujer sí funciona, pero no quiero”,
SAMUELA, 58 años.

Los síntomas físicos que las mujeres asociaron con la menopausia son en orden de importancia: dolor de cabeza, *bochornos* o calores en el cuerpo

o cara, escalofríos, calor en los genitales, mareos, náuseas, dolor en los huesos, adormecimiento de manos y pies, resequedad en la boca, comezón en la piel, presión arterial alta y dolor en los senos.

De los bochornos dice una de ellas:

Bueno yo en lo personal esa etapa de los bochornos que se empiezan a sentir la empecé a sentir muy pronto, como a los 35 años, pero el médico me dijo que era porque vivía yo con mucho estrés, demasiado, entonces me dio un medicamento y se desapareció, porque era terrible, tenía que bañarme a media noche y dejarme la ropa mojada. Ahorita tengo 50 años, y ya ahora me han dejado esos bochorno, ahorita mi menstruación ya está cediendo, porque yo tuve muchos trastornos porque yo tenía un tumor en la matriz que me causaba muchos problemas, hasta llegué a desmayarme. Ya cuando me lo quitaron, dijo el doctor que si seguía mal iban a tener que quitarme la matriz, pero no ya con eso me alivie y no hubo necesidad de extirparla. Ahora a veces tengo la menstruación, y a veces no, o me baja muy poco". (Matilde, 50 años, casada, clase media).

Cuando llegaron a la menopausia, dos creyeron que estaban embarazadas, y tres dijeron no haber sentido molestias físicas. Notaron el cambio porque presentaron alteraciones en el flujo menstrual, el cual tardó de uno a dos años en desvanecerse por completo.

En relación con lo que algunos médicos han identificado como trastornos psicológicos en el climaterio, se hallaron en los relatos de las entrevistadas alusiones a la depresión, el nerviosismo, la irritabilidad, el enojo, y los accesos de llanto. También hablaron de sentimientos de soledad y desesperanza, pero les resultó difícil determinar en qué momento la depresión o los nervios se vinculan con la menopausia, pues en varios relatos se mencionó que no se sabía si el malestar emocional se debía a la menopausia o a "la vida que llevan".

Entre las que no encuentran relación entre los malestares y el climaterio está Elisa:

A veces creo que no es la menopausia lo mío, sino el histerismo, yo tengo otra cosa y es que soy muy nerviosa (...) Yo también a veces siento mucha depresión, con muchos nervios, a veces siento que quisiera correr, no sé, y mi hijo me dice que es por la edad, que son trastornos que pasan (...) Pero no es que yo quiera ser así, sino que no puedo ser de otra forma, (...) pe-

ro yo soy como sentimental y no quiero que me digan nada. (Elisa, 61 años, separada, sin escolaridad, clase media).

Ciertos cambios emocionales no son un efecto de la menopausia, sino que ocurren en una etapa de la vida en que las mujeres atraviesan no sólo por el climaterio sino también por modificaciones en su vida afectiva, como la partida de los hijos del hogar, una sensación de menor autoestima debido a que las imágenes proyectadas socialmente valoran excesivamente la juventud y desestiman el proceso de envejecimiento, y ciertos conflictos en la relación de pareja debidos a la infidelidad, la violencia, la falta de amor, y la deficiente comunicación que se establece. Una de las mujeres comentó:

Bueno yo creo que muchos de los nervios son a veces por la vida que llevamos con nuestro marido, porque los hombres son a veces con un tipo de pensamiento bastante machista, y a la educación que tengan, nosotros a veces decimos, no, son las gentes del campo, las que no estudiaron, pero no, a veces personas más preparadas tienen esa idea machista, entonces yo siento que ellos también deberían de hablar como nosotras lo estamos haciendo, porque luego ellos dicen no, ya estás histérica, menopáusica, y son términos ofensivos que lo hacen para hacerla sentir mal a una, y ellos deberían de comprender más a las mujeres, que pasamos por esto. (Matilde, mestiza, 50 años, casada, secundaria, clase media).

En los relatos de las mujeres de clase media se hallaron con frecuencia nociones empleadas por la comunidad médica para referirse a trastornos de la menopausia como: *bochornos*, *depresión*, *histerismo* y *estrés*. En contraste las mujeres de clase baja emplean otros términos para explicar situaciones que se relacionan con dicho evento, como calores, dolor o nervios. Al parecer existe también una relación entre los malestares físicos y el tiempo que tarda en desaparecer la menstruación, pues ninguna de las mujeres en que la regla cedió de un mes a otro, reportó dolencia alguna.

Cuando se indagó expresamente sobre el ejercicio sexual durante el climaterio, casi todas las mujeres participantes en las entrevistas individuales y grupal dijeron que si había cambios en la frecuencia de las relaciones era porque ahora se sentían más cansadas, con peor estado de salud y con menores deseos de complacer a su pareja debido a ciertos problemas en su unión:

Pues yo creo que no tiene nada que ver (con la menopausia) que más bien es tú tienes que ver que de todos modos por la edad estás cambiando, pero creo que también la pareja se cansa, que ya llegas a un momento en que bueno él te dice que tú eres, que tienes achaques, que tienes la culpa. A mí me gustaría que él me tratara bien porque yo aparte tengo un problema con la columna y a él no le importa. (Guadalupe, 47 años, casada, primaria, clase baja).

Las mujeres continuaron con su actividad sexual después de la menopausia en condiciones similares a las que tenían antes, pero la mayoría expresó una disminución en el deseo sexual hacia la pareja. Este hallazgo es interesante pues al indagar en torno a sus relaciones de pareja se pudo observar que existen prácticas de poder que llevan a vivir la sexualidad con ciertos malestares. Para las participantes, hacer el amor implica antes que la satisfacción propia, una entrega al otro. El afecto y la sexualidad están íntimamente vinculados, tan es así que las riñas o disgustos repercuten directamente en la decisión de tener o no relaciones sexuales y además en la posibilidad de obtener satisfacción. Si asumen que en ocasiones no gozan, entonces el tener o no relaciones se hace pensando en el beneficio o perjuicio hacia la pareja y no tanto en función de ellas mismas. El placer propio pasa a un segundo término, aunque siempre está presente la eventualidad de experimentarlo. Al mismo tiempo es fundamental que el marido o la pareja sea capaz de hacerlas sentir amadas, pues varias comentaron que se veían a sí mismas como un objeto para el disfrute del hombre. Para la mayoría, sería más placentero que hubiese un periodo previo de intercambio de afecto antes de la relación sexual:

Pues nada más es agarrarte, tocarte y es todo, pero de que hubiera un preámbulo no, y sus amigos le platicaban que llevaban a cenar a su esposa, la llevaban al cine, y ya después pues se iban a la casa; pero él ya después lo tomó como obligación, de que si te llevo al cine pues ya tienes que tener relaciones conmigo, y pues ya como que no porque ya te predispones a eso, aunque tú no quieras (...) Él tuvo una vida llena de mujeres de la vida, él salió de su casa desde los 17 años y todas sus relaciones las tuvo siempre con prostitutas, entonces yo siento que hasta cierto punto que a mí me trató como prostituta, porque a ellas les pagan y punto. Bueno es más me llegó a mí a pagar por las relaciones 'especiales', él les llamaba (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

La disminución en frecuencia y calidad de las relaciones sexuales después de ocurrida la menopausia es un asunto que no necesariamente está anclado en el cuerpo biológico. El deseo y el gozo tienen un componente subjetivo que implica establecer vínculos cordiales. La relación de pareja sufre diversas modificaciones a lo largo de la vida; las personas mismas cambian, y con ello, las expectativas y lo que se espera de la pareja. Si una mujer no se siente atraída por el esposo o ella no es deseable para él, nos hallamos frente a una situación de índole distinta a la que pudiera presentarse por las modificaciones debidas a la producción de hormonas. El problema es que los médicos o las personas que asesoran a una mujer son incapaces de proporcionar un diagnóstico que involucre una perspectiva de género, o al menos un enfoque mediante el cual se mire la sexualidad de manera integral, y no sólo como una cuestión que obedece a la anatomía y fisiología femenina. La medicina occidental nos ha acostumbrado a pensar que no hay relación entre una dolencia corporal ubicada en un punto y nuestros demás órganos, por lo que buscamos soluciones parciales para nuestros males. Es positivo que nos realicemos exámenes médicos para saber sobre nuestro estado de salud; pero la menopausia no debiera ser tratada como una enfermedad, y los trastornos debidos a ella tendrían que abordarse como secuencias del ciclo de vida femenino.

En realidad el significado que conferimos a este acontecimiento se halla atravesado por la forma en que nuestro cuerpo individual responde a la menopausia, por las dolencias si es que las tenemos, por nuestro entorno familiar y social, que acentúa muchas veces el estigma de mujer "climaterica". Todo ello repercute en la representación favorable o desagradable que nos hacemos en relación con esta etapa de vida. "Climaterica" es un término peyorativo, utilizado como sinónimo de histérica, vieja, abuela y sin más proyecto futuro que esperar la vejez. En general, los maridos de las entrevistadas piensan que el ejercicio de la sexualidad femenina debe finalizar al llegar la menopausia, y en ese sentido, también habría que mirar cómo las construcciones de género apuntalan las ideas sobre la sexualidad de los varones. El ejercicio de la masculinidad (para los hombres de estas mujeres) es una práctica de dominio, que se manifiesta, aunque no exclusivamente, en la sexualidad.

Como mencioné anteriormente para este grupo de mujeres, la relación de pareja deseable tendría que implicar el amor y la comunicación como preámbulos para sostener relaciones sexuales de calidad. Esta percepción fue frecuentemente expresada, pero más bien como algo que de-

bería ser y no como una acción que de hecho se da. Por ejemplo, una mujer comentó que anteriormente le resultaban más placenteras sus relaciones y que ahora no sentía deseos de estar con su esposo porque él había cambiado su forma de ser con ella. Y es interesante cómo vincula los estados de ánimo del hombre con el proceso de menopausia que atraviesa:

Sí, antes sí, ahora no sé por qué, tal vez porque me oprime, es más gruñón creo o quien sabe, no me siento, no me siento bien con él. Tengo un año este mes de noviembre, un año que no veo mi regla y este sábado ahora ocho días como ayer me bajó otra vez, pero no sé por qué no siento nada con él. (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

La posibilidad de experimentar placer en las relaciones sexuales durante el climaterio se liga con la comunicación que se establece con la pareja, y no sólo con el amor o el afecto, pues puede suceder que en el transitar por la vida marital una mujer acepte que no está enamorada del marido; pero también que al decidir seguir con él intente entablar una buena amistad. Se puede tener un vínculo respetuoso con base en la comunicación, y el ejercicio sexual puede ser incluso de mejor calidad. Como afirmó otra de las entrevistadas, lo importante es que tu pareja sea estable y se muestre dispuesta a escuchar:

Yo pienso que puede ser hasta mejor, puede ser mejor porque pues mira a mí, en primer lugar me operaron para no tener más hijos, y bueno yo platicando con otras personas les digo que para mejorar o para tener una relación satisfactoria o para ayudar un poco a la mujer es platicar mucho con tu marido y decirle lo que sientes. (Cecilia, 64 años, casada, primaria, clase media).

La comunicación es uno de los pilares para promover negociaciones con la pareja. Aunque para las participantes en el estudio resulta difícil entablar diálogos. Todas poseen escasos recursos para negociar las relaciones sexuales y generalmente, les resulta imposible negarse a acceder a las exigencias de su pareja. Para indagar en torno a ello, una de las preguntas fue qué hacen cuando no desean tener relaciones. La respuesta de una de ellas ilustra claramente lo que se espera sea su papel en el matrimonio: “Pues nada, porque como dicen ellos, que uno se casa, y uno es mujer para servirles las veces que ellos quieran” (Guadalupe, 47 años, casada,

primaria, clase baja). Servirles se refiere básicamente al aspecto sexual, pero no exclusivamente; la sumisión femenina es una conducta promovida especialmente por los varones y reforzada por las propias mujeres. Algunos recursos para evitar el coito resultan similares a los que emplean mujeres jóvenes. Son cosas que se dicen o actos que se hacen para eludir la intimidad y que no implican necesariamente tener conciencia del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Algunas reconocen que no existe ya el deseo, pero no lo dicen, y en su lugar utilizan pretextos para calmar al hombre a sabiendas de que ello provocará el enojo y probablemente mayor violencia:

No él que me antoja, yo de mi parte no me antoja (risa), no me antoja nada. Si no quiero, le digo que no quiero que me duele algo, busco la forma para defenderme (risa) me dice ah no porque ya estoy viejo, allá tienes otro más mejor que yo, más joven, y le digo pero no por eso le digo pos, pos siente uno cansada, pos de tanto trabajar, (...) me duele la espalda y me duele los pulmones, los brazos, todo me duele, por eso le digo que no puedo. (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

Un recurso frecuentemente utilizado para no tener más sexo es cuando las mujeres se apropian del discurso médico para afirmar que su sexualidad ha concluido con la llegada de la menopausia. De nueva cuenta, al explorar sobre las representaciones de género se encuentran datos interesantes para desenmarañar lo que está detrás de dicha justificación, y pareciera que el climaterio se constituye como un pretexto para tomar decisiones sobre el propio cuerpo, pues varias mujeres dijeron que fue una elección suya el disminuir la frecuencia en la actividad sexual en esta etapa de su vida. En ocasiones se acepta el deseo sexual pero se asume que no se quiere acceder a las demandas del marido por causas bien ubicadas como enterarse de una infidelidad o un disgusto por alguna situación en particular. Otras mujeres no quieren contraer nuevos compromisos afectivos como es el caso de Samuela, quien vive sola:

A veces sí sentía orgasmos pero no siempre, no. Ya así fue, pero nunca ya quise vivir con otro porque ya luego me enteraba que eran casados y no. Ya últimamente no he tenido hombres, sí he tenido oportunidad pero ya no quiero. Y no es que no me sienta mujer, porque ha habido veces en que me alboroto y se me alborotan las hormonas, pero me meto a bañar, me pongo

a leer un libro y ya se me quita la idea. Como mujer sí funciono, pero no quiero, bueno a lo mejor no me ha gustado una persona así o un hombre que me anime, eso pienso. (Samuela, 58 años, separada, secundaria, clase baja).

Las mujeres entrevistadas han tenido experiencias diversas en torno al placer en las relaciones sexuales. Algunas comentaron que antes de tener su primer encuentro sexual sentían curiosidad, pero prevalecía el temor de quedar embarazadas. La posibilidad de tener sensaciones placenteras se mencionó como una cuestión primordial, aunque sus expectativas no siempre se cumplieron:

(...) decía yo de antes, pus ya, si me voy con él, pus luego, luego seguro voy a quedar embarazada, pensaba en el hijo, sí pensaba, pero primero que nada pensaba yo en la curiosidad de qué se sentía, dije yo, a ver que se siente, pus, me dice, ay yo siento bien bonito y quien sabe que tanto... ¡Ay ni se siente bonito! (risa). La primera vez que no se siente bonito, pero yo como no sabía, y antonces este, decía yo, después sí, decía yo, pus quiero (Elisa, 61 años, separada, sin escolaridad, clase media).

Como mencioné con anterioridad para las entrevistadas la sexualidad como una práctica placentera es viable siempre y cuando prevalezca en el amor, así que nos encontramos frente a la paradoja que representa por un lado, sentir que aman y son amadas, y por otro, ante la realidad que representan algunas de sus prácticas. Si bien es inconcebible tener sexo sin afecto se mencionó que el amor hacia la pareja había dejado de existir. ¿Qué significa esto? Podrían existir distintas interpretaciones, por ejemplo, que las mujeres continúen ejerciendo la sexualidad en nombre del amor que un día sintieron por su esposo, o que se sientan obligadas a otorgar una especie de débito conyugal, o finalmente cabe la posibilidad de que sientan un deseo sexual que les resulta difícil nombrar. En el caso de mujeres que manifiestan que el amor es fundamental en su relación, el preámbulo se constituye en un ritual para llegar a las relaciones sexuales como lo expresa una de las informantes:

Pues bien, mi marido viene, me quiere, me abraza, me besa, cuando yo empecé a andar con él, también, los dos nos correspondemos. Están dos personas, abrazándonos, besándonos y luego ya es como una caloría que entra y ya empieza una a estar con él. (Patricia, 46 años, casada, primaria, clase baja).

VIOLENCIA Y SEXUALIDAD: LOS CASOS
DE MATILDE, DE LORENA, DE SAMUELA, DE...

Como mencioné con anterioridad la violencia de género se vincula estrechamente con la sexualidad de las mujeres. Me parece importante resaltar que la violencia en el ámbito sexual constituye el extremo de la negación de las vivencias libres y placenteras de las mujeres durante el climaterio. Y esto es así porque se supone que las mujeres son seres sexuados en su juventud, —basta para ello mirar los estereotipos femeninos que aparecen en los medios de comunicación, incluyendo las revistas llamadas “eróticas”— y no ya en otras etapas de su vida. Su sexualidad también se expresa con la maternidad, pero pierde sentido cuando ya no se puede ser madre.

El compromiso afectivo es primordial para mantener el matrimonio y la contingencia de perder al marido es vista con ansiedad, sobre todo cuando ya no se tiene la capacidad de retenerlo mediante un hijo. Ante esto, ciertas mujeres se encuentran atrapadas en relaciones violentas como la de Matilde, quien se ha visto obligada a aceptar ciertas prácticas sexuales que niegan su derecho a vivir una sexualidad plena. El poder que se ejerce sobre ella trasciende el ámbito sexual, pero se vale de él, al grado que la informante ha tenido que prostituirse con su esposo como única forma de obtener recursos económicos:

Me decía que quería un especial, y yo como era la única manera de hacerme mis centavos yo, pues lo aceptaba, pero por eso te digo que cada vez voy descubriendo que yo no he tenido nada para mí. Porque él si yo quería ir a algún lado, él no me daba, yo tenía que guardar, él no era capaz de eso. Murió mi mamá y no fue digno de decirme cuánto necesitas, ni nada. El gasto nunca me lo negó, en ese aspecto no, pero me ponía su carota, porque él tiene la idea de que en la calle ves a mujeres bonitas y entras a tu casa y ves a tu esposa con su carota. Esa es la descripción que él tiene de su esposa, y yo creo que no tiene respeto conmigo. (Matilde, 50 años, casada, estudios de comercio, clase media).

El poder ejercido en forma por demás violenta atraviesa por el acceso a los recursos, pero también por la persona, el cuerpo, el deseo y el placer sexual. Lo que está en juego es la libre elección y la voluntad para llevar a cabo determinadas acciones. Se ejerce violencia al negar a la mujer como sujeto de derecho, se anula a la persona a través del control sobre las

decisiones monetarias, lo que además reduce la autoestima; se efectúa una apropiación del cuerpo y el deseo sexual femenino mediante prácticas de poder cuya finalidad es la satisfacción de uno solo de los involucrados.

Yo siempre trate de complacerlo, me compraba mi vestidito corto para atenderlo, para disfrutar del sexo, que yo sí siento que yo lo disfrutaba, pero nunca tuve una llevada así de él sino que yo siempre fui la que tomé la iniciativa en ese sentido, y yo después cambié porque él siempre fue así, siempre quería gozar él, y no debe de ser así. Él piensa que todas las mujeres son frías. (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

Matilde fue quien habló con mayor detalle del placer como posibilidad propia. El que haya accedido a hablar del asunto puede tener varias interpretaciones, probablemente tenga que ver con su pertenencia a la clase media, con su escolaridad, o con su peculiar biografía, o tal vez con la necesidad que tenía de platicar sobre sí misma debido a que además se había enterado de la infidelidad de su esposo. Relató con detalle cómo se había sentido al tener que prescindir de las relaciones sexuales, no sólo porque ella así lo había querido sino porque el esposo ya no la buscaba para tener sexo. Platicó también de los recursos utilizados para hacer frente a su deseo sexual. Matilde percibe las técnicas alternativas para experimentar el orgasmo (uso de vibrador) más como una fuente de placer personal que como otra de las formas en que su marido ejerce el poder sobre ella:

Bueno (risa) pues llegando al punto de usar vibradores, solamente así (...) Porque yo no quiero vincularme con nadie más, sólo quiero alcanzar la paz (...) que a veces viene un deseo o sueños eróticos, pues es natural, y a veces siento necesidad de mi esposo todavía sí la siento, pero la sobrepaso para no llegar a nada, y uso el vibrador y así ya me pasó una semana y ya puedo continuar (...) Ahora él dice que me está aguardando, que está guardando abstinencia, pero no es cierto, él es la misma persona, pero creo que es para tenerme segura otra vez, pero yo ya no tengo confianza, porque él tiene demasiada intimidad con todas las mujeres con que se relaciona en su trabajo, hasta sus compañeras dicen, no que mi amigo aquí, que mi amigo allá. (Matilde, 50 años, casada, comercio, clase media).

He querido aprovechar la riqueza del contenido de esta entrevista, pues rara vez las mujeres se expresan tanto en asuntos que involucran su

sexualidad. Asimismo que las experiencias se vivan de esa forma sugiere un somero conocimiento de los derechos sexuales. Sobre todo, es sorprendente que algunas mujeres no tomen conciencia del alto grado de violencia que sus propias parejas ejercen sobre ellas o que cuando lo hacen no cuenten con los recursos suficientes para hacerle frente. Además de Matilde, la violencia se manifestó constantemente en varias de las entrevistas, entre ellas la mujer de origen maya:

(...) pero hay veces empieza a insultarme, empieza a decirme cosas que no debe de decirme, siempre así, tiene un carácter muy ligero que tiene, te empieza a insultar orita así. Tantas cosas no me ha hecho, es como le digo, yo quiero regresarme pero una amiga mía aquí me dice no hija, déjalo, adiós, tal vez él tenga un corazón duro pero no debe de ser. Pues yo así lo pienso lo mismo, pero dice si él lo hizo con tu corazón, con llantos, (...) y quieres vengarte, entonces si lo piensas el mal que tienes tú no te va a dejar hasta que tú le hagas lo mismo que él te hizo (...) (Lorena, maya, 59 años, casada, sin escolaridad, clase baja).

En ocasiones, el poder se ejerce a través de los golpes. El caso más patético es el de Samuela, quien desde pequeña sufrió la violencia de un padre adicto a las drogas y el alcohol. En su juventud se casó con un hombre también golpeador del cual se separó. A partir de ahí, se vio en la necesidad de sostener económicamente a sus hijos que pasaron a vivir con la abuela. Posteriormente emigró a la ciudad de Cancún y trabajó en varios centros nocturnos, en donde incluso llegó a ejercer la prostitución. Su vida marital fue como ella misma cuenta:

Me fue muy mal en mi matrimonio, duré 14 años de casada pero como me estropeaba, le digo que me estropeaba bastante, me sacaba a la calle encuerada, a golpiarme, toda golpiada, bañada en sangre. Entonces, este, agarraba yo a mis hijos y ya me iba con mi mamá, pero ya mis hermanos ya estaban enojadísimos ya conmigo, me decían: no, a ti te gusta ser masoquista, dos días estás con él, tres días estás aquí con tus hijos, toda golpiada. Entonces yo le dije a él, última vez que voy a regresar contigo (...) Empezó a reír, y me dice tú no me puedes hacer nada porque me quieres mucho. Efectivamente yo lo quería mucho, pero llegó un momento en que llegó cuete (...) y si le daba la cena fría, porque era yo una güevona, si le calentaba la comida que porque lo quería yo quemar, el caso es que cualquier co-

sita y ahí venía el trancazo, ¡trancazo madre, trancazo! (Samuela, 58 años, separada, secundaria, clase baja).

Como se puede observar la violencia toma distintos matices, se ejerce en la persona a través del control de los recursos económicos, se ejerce mediante insultos o con golpes, ó a través de la sexualidad. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas, el objetivo es someter a la mujer a los deseos del hombre. Las mujeres se sienten atropelladas mediante las acciones de sus parejas, pero no identifican plenamente sus derechos humanos y sexuales. En este trabajo se propone la hipótesis de que los discursos médicos relativos al climaterio incluyen también su parte de violencia, pues enfatizan, en primer lugar, la jerarquía entre los sexos, y no se cuestionan la posibilidad de las prácticas sexuales placenteras para las mujeres maduras, contribuyendo así con las diversas formas de violencia que se ejercen contra las mujeres. Al acentuar el carácter biológico de los malestares corporales, refuerzan la idea de que las mujeres experimentan disminución del deseo sexual en el climaterio, conforme lo dictan las hormonas, y reproducen así los estereotipos de “la mujer menopáusica asexualada”.

ALGUNAS REFLEXIONES

Como se ha observado una de las entrevistadas es de origen maya y otras dos tienen vínculos con esta cultura. La exploración de la sexualidad durante el climaterio se tornaría más compleja si se añadiera el cruce con la identidad étnica. Sugiero que ciertos resultados de este trabajo podrían someterse a nuevas indagaciones, pues tanto la mujer maya entrevistada, como otras informantes no incluidas aquí, no reconocen varios de los síntomas del climaterio que identifica el discurso médico, lo que puede obedecer a ciertas condiciones culturales. Sin embargo, por el momento sería precipitado afirmar que la carencia de malestares en el climaterio se relaciona con la adscripción étnica, podría ser tan sólo que los discursos médicos hayan influido menos en sus ideas sobre esta etapa de la trayectoria de vida. Con los datos presentados se puede dibujar una línea tenue que apunte a realizar una investigación detallada de las distintas formas en que se experimenta el cuerpo de acuerdo con la identidad étnica. Algunas de las mujeres expresaron con lenguaje fluido lo que les significa su relación de pareja, sus estados de ánimo, sus vivencias íntimas corpo-

rales y subjetivas. Otras, en cambio tuvieron serias dificultades para expresarse. Los recursos verbales con que cuenta una mujer con mayor escolaridad y perteneciente a la clase media le permiten declaraciones más precisas sobre los malestares sentidos en el climaterio, definiciones que generalmente toman del discurso médico dominante sobre el tema.

En el Programa de Salud Reproductiva (*op. cit.*) y en los textos médicos revisados aparecen la atrofia urogenital y la osteoporosis como dos síntomas asociados con el climaterio. Tanto el discurso médico como el Programa de Salud Reproductiva (*ibid.*) resaltan las supuestas alteraciones psicológicas sufridas por las mujeres, como ya se ha visto. Para las mujeres entrevistadas el malestar más frecuentemente relacionado con la menopausia es la depresión —nerviosismo, irritabilidad, enojo, accesos de llanto, sentimientos de soledad y desesperanza— por lo que representa uno de los elementos del discurso médico al que más recurren para explicar sus estados de tristeza e insatisfacción, aunque como ya he comentado, les fue difícil establecer hasta dónde estas inquietudes psicológicas se vinculan con la menopausia o con sus vidas afectivas. Otros términos que toman en préstamo del discurso médico son *bochornos* o calores, escalofríos, dolor en los huesos (en alusión a la osteoporosis) y presión arterial alta.

En general, las entrevistadas perciben la menopausia como un alivio ante la eventualidad de seguir procreando y como un periodo para vivir una sexualidad más libre, aun con las paradojas de la violencia. Si bien en ocasiones las premisas del discurso médico fueron determinantes para hacerlas pensar que los malestares obedecían a dicho acontecimiento, algunos pasajes de las entrevistas mostraron que el climaterio no es necesariamente el motivo por el cual se abstienen de la sexualidad o experimentan más o menos placer. Pero sí puede ser usada como pretexto para no tener relaciones que no se desean. La violencia es uno de los factores para entender por qué las mujeres que han llegado a una etapa no reproductiva de su vida dejan de tener sexo. Por otra parte, es posible interpretar que las ansiedades y el enojo que experimentan las mujeres se relaciona con la infidelidad y los vínculos de poder que se establecen.

La negociación de las prácticas de sexualidad es prácticamente inexistente, pero se ubicaron recursos que se utilizan para ejercer el derecho de abstinencia. Si bien las mujeres no sitúan esta práctica como un derecho sexual y en ocasiones les causa conflictos con su pareja. En el caso de Matilde, cabe la duda de si su situación tal como he planteado le representa a ella un problema de derechos. Las arbitrariedades cometidas por

parte de sus respectivas parejas les dan la pauta para reflexionar sobre lo que es justo e injusto. Perciben que es importante el amor propio, el cuidado y hacer que las respeten, y se oponen, al menos en teoría, a las prácticas de violencia. Los recursos con que cuentan para enfrentar situaciones de ese tipo son variables, pero en el fondo y de acuerdo con sus peculiaridades, luchan cotidianamente para salir adelante.

Como dice Carol Vance, las mujeres poseen un potencial de cambio y no deben ser consideradas como “receptoras pasivas de los sistemas oficiales de símbolos, pues ello equivale a negar las luchas de grupos marginales en lo simbólico, en lo político (y en) lo cultural” (*op. cit.*: 40). Dentro de contextos de violencia, las mujeres ofrecen resistencias ante estos actos de anulación de su cuerpo y su persona, y se abren espacios que están íntimamente relacionados con la percepción que tienen de sí mismas. Se resisten al no aceptar que su vida siga como hasta ahora, es el caso de aquellas que se separaron, y encuentran espacios para reflexionar sobre estos temas en distintos ámbitos (lo hicieron durante las entrevistas y el grupo focal), con sus amigas, en congregaciones religiosas, etcétera. Estas mujeres construyen su vida, sus relaciones con los demás, y sus vivencias sexuales, con base en los referentes que tienen a la mano. Finalmente sus proyectos a futuro tienen que ver con sus experiencias de vida pasada, con las relaciones que han establecido con otras mujeres y con los hombres, así como con las construcciones sociales que los mismos humanos tejemos para cada acontecimiento en que interactuamos día con día. Los sentidos conferidos a determinadas dimensiones que involucran la sexualidad atraviesan por nuestras propias experiencias, prejuicios y valores de vida.

Entre las entrevistadas hay diversas experiencias en torno al deseo y el placer. La mayoría expresó una disminución de su deseo sexual; si bien, la vivencia de la sexualidad con malestares es previa a la menopausia, en algunos casos se intensifica por las actitudes de la pareja frente al climaterio. La violencia de género está presente a lo largo de la vida, pero después de la menopausia se resaltan algunos rasgos que tienden a poner en entredicho la viabilidad de las mujeres para experimentar deseo y placer sexual. Se percibe que la pérdida de juventud y de belleza física en la mujer constituyen elementos clave para dar término a las relaciones sexuales, pero, al parecer, algunas mujeres resignifican estas ideas y deciden poner fin a una vida sexual que nada tenía de placentero. Ésta es, probablemente, una manera de empoderarse sobre su cuerpo y su persona.

Aunque a fin de cuentas, la comunicación, el amor, el trato digno (o su ausencia) parecen más importantes que los procesos físicos generados en el climaterio para la permanencia o disminución del deseo, la actividad y el placer sexuales.

BIBLIOGRAFÍA

- BEYENE, Yewoubdar, *An Ethnography of Menopause: Menopausal Experiences of Mayan Woman in a Yucatan Village*, University Microfilms International, Michigan, EUA, 1991.
- COLSTON, Anne, "Tratamiento de la menopausia" en Howard, Jones III, *Tratado de Ginecología de Novak*, México, 1991.
- COOKE, David, "A Psychosocial Study of the Climateric", en Annabel Brome y Louise Wallace (eds.), *Psychology and Gynaecological Problems*, Taustock Publications, EUA, 1984.
- CRAVIOTO, María del Carmen, "El climaterio", en *Antología de la Sexualidad Humana*, Tomo II, CONAPO, Porrúa, México, 1994.
- EHRENREICH, B., y Deirdre ENGLISH, *Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness*, The Feminist Press, University of New York, New York, EUA, 1973.
- FOUCAULT, Michel, *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Siglo XXI, México, 1993.
- GANNON, Linda, "Sexuality and Menopause" en Choi y Nicolson (eds.), *Female Sexuality, Psychology, Biology and Social Context*, University of Sheffield Biddles Ltd., Gran Bretaña, 1994.
- HARLOW, Siobán, "La Menopausia", en Ana Langer y Kathrin Tolbert, *Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, Population Council, Edamex, México, 1996.
- MARTIN, Emily, "Menopause, Power, and Heat" en *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, New York, EUA, 1992.
- MUNTANÉ, María Dolors, *La menopausia, cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla*, Icaria, Barcelona, España, 1994.
- NICOLSON, Paula, "Anatomy and Destiny: Sexuality and Female Body" en Choi y Nicolson (eds.), *Female Sexuality, Psychology, Biology and Social Context*, University of Sheffield Biddles Ltd, Gran Bretaña, 1994.
- OMS, *Informe del Comité Científico*, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., EUA, 1994.
- ORGANON, Boletín informativo de Laboratorios Organon, año 2, número 4, México, 1997.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique, *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva Visión, México, 1983.

Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal, México, 1996.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995.

VANCE, Carol, "El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad" en *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Revolución, Barcelona, 1989.

III
DERECHOS REPRODUCTIVOS

DERECHOS HUMANOS Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SOBRE EL ABORTO EN MÉXICO (1975 A 1994)

INÉS BORJÓN LÓPEZ-COTERILLA

INTRODUCCIÓN

El debate sobre el aborto sirve para delimitar los alcances del concepto internacional de derechos humanos, analizar su tratamiento desde el movimiento feminista mexicano y ver el tipo de demandas políticas de las feministas que permanecieron en la agenda política nacional. Además, permite describir los avances sobre la materia en el ámbito internacional.

Este debate se ha sostenido a través del enfrentamiento de dos derechos fundamentales: el derecho a la vida contra el derecho a la libertad. Dependiendo de la postura que se quiera adoptar, el aborto puede llegar a representar una violación a los derechos humanos o puede ser considerado como un derecho sexual y reproductivo. El movimiento organizado de mujeres ha sido decisivo en la inclinación de la balanza hacia la libertad que tienen las mujeres para decidir en cuanto a cualquier tema que se relacione con su propio cuerpo. Por mucho tiempo, este punto de vista no ha sido retomado por la legislación mexicana.

En el presente artículo, se sustentará la hipótesis que las mujeres juegan un papel secundario para el Derecho tradicional y por lo mismo, una visión hegemónica de los derechos humanos no comprenderá el derecho que tiene la mujer a decidir sobre su cuerpo, ni comprenderá la libre opción de interrumpir su embarazo. Esta crítica a la noción tradicional de derechos humanos permite ver cómo las mujeres se encuentran fuera del discurso jurídico y cómo la perspectiva de género es fundamental para incluirlas plenamente como sujetos de derechos en lugar de ser consideradas como objeto de los mismos. Lo anterior también se reflejará en cómo el movimiento organizado de mujeres ha querido hacer valer al aborto como un derecho y el escaso y lento interés que ha tenido el Derecho por retomar este punto de vista e incluirlo en la legislación.

El tema del aborto ha sido punta de lanza en la agenda del movimiento feminista de la década de los setenta en México y ha servido de pretexto para la visibilización e importancia del quehacer feminista, también ha tenido un impacto sobre la legislación y las políticas nacionales e internacionales sobre mujeres. Se decidió estudiar los primeros veinte años de debate internacional sobre los derechos de las mujeres, tomando como marco de referencia temporal desde la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer (México 1975) hasta la Cuarta (Beijing 1995), permitiendo así evaluar si el interés de Naciones Unidas sobre las mujeres refleja las ideas emergentes del movimiento feminista. El periodo analizado representa la base para las reformas legislativas que se han llevado a cabo hasta nuestros días.

DERECHO FEMINISTA ¿LA MUJER PUEDE SER SUJETA DE DERECHO?

La pregunta acerca de la pertinencia del Derecho con respecto a los intereses particulares de las mujeres radica en saber si aquel vela de manera eficaz por sus necesidades. Frente a esta problemática, sabemos que el Derecho no siempre ha respetado la visión feminista cuando se trata de legislar asuntos de las mujeres. El principal problema concierne a la propia naturaleza del Derecho y la tensión que existe entre igualdad jurídica y diferencia sexual.

Es importante hacer una aclaración con respecto a las diferencias que existen entre feminismo y género. Siguiendo el concepto de Cristina Molina Petit, el feminismo tiene una doble concepción: la primera es la 'teoría feminista', que supone un análisis crítico de las construcciones teóricas que hablan sobre la mujer, y la segunda como movimiento organizado de mujeres dispuestas a cambiar su particular situación de opresión.¹

Todas las estructuras del derecho moderno se organizan en torno de la noción de 'sujeto de derecho'. "Todo sujeto del derecho se constituye hacia fuera o hacia adentro, pero siempre en función de, en contra de, frente a otro. No hay sujeto sin otro, y quién es el otro y quién es "suje-

¹ "...En sus raíces ilustradas, [el feminismo] apela [a] ahuyentar los fantasmas biologicistas y funcionalistas que se cernían sobre la mujer, confinándola a un destino único de esposa, madre y complemento del hombre". Cristina Molina Petit, *Dialéctica feminista de la ilustración*, [Prol. Cèlia Amorós], Madrid, Antropos, 1994, p. 20.

to” depende de la palabra de la ley”.² Para abordar la diferencia sexual es importante ver desde dónde se está enunciando. Catherine MacKinnon explica que la igualdad legal entre hombres y mujeres que pretende garantizar el Estado sirve para reproducir la subordinación de estas últimas. En gran parte, el principio de igualdad frente al Derecho (de naturaleza abstracta), se contrae al intentar la equiparación necesaria entre hombres y mujeres.

“Socialmente se distingue a una mujer de un hombre por la diferencia entre ellos, pero se reconoce legalmente discriminada a la mujer por el sexo sólo cuando primero puede decirse a ella que es igual al hombre. [...] Para que un tratamiento diferencial sea discriminatorio, los sexos deben estar primero “situados similarmente” por la legislación, las calificaciones, las circunstancias o las características físicas. [...] Para ver si una mujer fue discriminada por razón de su sexo, preguntémosnos si un hombre en situación similar habría sido tratado o se le ha tratado así.”³

Por lo anterior, temas como el aborto, que afectan directamente los cuerpos y las mentes de las mujeres, no suelen ser tomados en consideración a través de esta lógica patriarcal igualitaria que asemeja a ambos sexos como si el hombre fuera la regla y la mujer la excepción. Partiendo de esta visión del Derecho, no es de extrañarse que se invisibilice a la violencia contra las mujeres en el discurso político tradicional como un asunto que compete exclusivamente a ellas y no a los hombres involucrados en su comisión (por ejemplo, la violación, el hostigamiento sexual y la violencia en el hogar) o que el aborto sea tomado como la terminación de una vida, sin tomar en consideración la vida, destino y voluntad de la madre en cuanto a un embarazo no deseado.

La igualdad declarada en la ley dificulta la construcción de una noción de ciudadanía desde la diferencia. El carácter abstracto de la ley, que refiere a la humanidad, elimina a los varones y mujeres concretos. Se debe reconocer que lejos de ser iguales los ciudadanos son diferentes. Es

² Ruiz, Alicia, “La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres”, en Haydée BIRGIN BIRGIN (comp.), *El Derecho en el género y el género en el Derecho*, Ed. Biblos, colección Identidad, Mujer y Derecho, Buenos Aires, 2000, p. 25.

³ Catherine MACKINNON (1989), *Hacia una teoría feminista del Estado*, Cátedra feminismos, pp. 393-395.

importante “asegurar la igualdad de los diferentes y tener la posibilidad de participar en la decisión de cuáles diferencias son relevantes. [...] Que de la diferencia no se sigan jerarquías ni exclusiones ni discriminación es la condición de posibilidad de una ‘igualdad’ también diferente de la que hasta hoy hemos postulado”.⁴

La definición de la mujer y “el derecho al aborto se sitúa como parte de un problema diferente: la desigualdad social y política de los sexos. Este replanteamiento de la cuestión exige una nueva formulación del problema de la sexualidad desde la represión de impulsos nacida de la civilización hasta la opresión de las mujeres a manos de los hombres”.⁵

La Mujer como una posición de sujeto dotado de género, conlleva la idea que no existe sólo una forma de ser mujer, sino que existen diferentes tipos de mujeres, como en su caso, de hombres. La Mujer en singular es vista desde una forma idealizada, sin tomar en cuenta las diferentes características propias de las mujeres de carne y hueso. Los temas de interés feminista, como el aborto, afectan eminentemente a las mujeres y difícilmente se legislan de acuerdo con sus necesidades y demandas. El Derecho pertenece al ámbito de lo público y la mayoría de los asuntos del interés femenino han sido tradicionalmente recludos en el ámbito privado.

Esta división entre público y privado nace a partir de la época de la Ilustración, cuyas principales expresiones han sido el Derecho y la teoría política. Según Hannah Arendt, el mundo público hacía referencia a lo perceptible a los sentidos (visto y escuchado) y al propio mundo (relacionado con los objetos físicos y los asuntos de quienes habitan juntos).⁶ “Lo privado era semejante al aspecto oscuro y oculto de la esfera pública, y si ser político significaba alcanzar la más elevada posibilidad de la existencia humana, carecer de un lugar privado propio (como era el caso del esclavo) significaba dejar de ser humano”.⁷

Amorós expresa al respecto que “para entender la dialéctica de la Ilustración [...] se vuelve necesario el análisis de una dicotomía [...] variante de una jerarquización ancestral entre dos espacios: el espacio de lo visible, lo abierto al reconocimiento y por tanto a la valoración social, y

⁴ Alicia RUIZ, “La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres”, pp. 27-28.

⁵ Catherine MACKINNON, *op. cit.*, pp. 336-337.

⁶ Hanna ARENDT, *La condición humana*, pp. 59-62.

⁷ *Ibidem*, p. 71.

el de lo que se sustrae a la visibilidad y a la convalidación. Tales son, respectivamente, los espacios público y privado...”.⁸

La Ilustración asignó a la mujer un lugar en el ámbito doméstico. Por ello fue difícil contemplarla desde el Derecho, ya que la norma legal fue y ha sido redactada de forma abstracta pero dirigida principalmente a los hombres, como sinónimo del ser humano. Ante la incongruencia en la que se sustenta esta injusticia, el lema del feminismo de la segunda ola resultó ser muy ilustrativo: ‘lo personal es político’.

Para abordar una visión feminista del Derecho, es necesario analizar sus vertientes: liberal, radical y cultural. La postura liberal propone que debe ser vista igual que el hombre. La visión cultural del Derecho, en cambio, se enfoca predominantemente a valorar de manera superior a la maternidad. Las radicales, por último, se preocupan más por la protección vinculada con la violencia (sexual principalmente). “Las feministas radicales parecen estar más centradas que las culturalistas en la disparidad entre los hombres y las mujeres”.⁹ Mientras las primeras suelen poseer una visión más separatista, las segundas tienen más unión. Sin embargo, ambas corrientes tienen la similitud de concebir a la mujer como diferente del hombre. Este es un punto en común que las separa de la teoría liberal.

La visión feminista cultural se refiere a la solidaridad femenina en términos de la conexión de la mujer con otras formas de ver la vida. Esto repercute en su concepto de valor y daño; el valor se liga a la intimidad, a la nutrición, al sentido de comunidad, a la responsabilidad y el cuidado, contrariamente al concepto masculino sobre autonomía, individualidad, justicia y derechos. A su vez, el concepto femenino de daño no se basa en el miedo (liberal) a ser aniquilado por sus semejantes, sino en el temor a la separación y al aislamiento de la comunidad humana, de la cual se depende.¹⁰

Por otro lado, el feminismo radical ve esa dependencia como perjudicial a la mujer, pues es la base de la invasión o intromisión de otros en su vida o en su cuerpo.

Planteadas estas posturas sobre la teoría feminista del Derecho, se puede ver que las visiones radicales y culturalistas nos servirán para jus-

⁸ Cristina MOLINA PETIT, *Dialéctica feminista de la ilustración*, [Prol. Celia Amorós], Antropos, Madrid, 1994, p. 14.

⁹ *Ibidem*, p. 499.

¹⁰ *Ibidem*, p. 505.

tificar la relevancia del tema del aborto desde la perspectiva feminista. Dicho lo anterior, será fácil entender por qué el debate sobre el aborto pudo haber dividido al movimiento feminista en diferentes latitudes del planeta. La visión legal es androcéntrica.

DERECHO, SEXUALIDAD Y EL CUERPO DE LAS MUJERES

El cuerpo de las mujeres es el territorio donde transcurre la batalla política sobre sus derechos humanos. Aún persiste la idea de que los derechos humanos de las mujeres se relacionan en una buena medida con la maternidad. “La respetabilidad consiste en adecuarse a normas que reprimen la sexualidad [...]. Dicha respetabilidad está ligada a una idea de orden [...] La disciplina de la respetabilidad implica que todo está bajo control, todo en su lugar sin traspasar los límites.[...]”.¹¹

Un claro ejemplo de cómo se controla el cuerpo de las mujeres se puede percibir precisamente en la regulación del aborto. Mackinnon afirma que la opción del aborto no se limita únicamente a la mujer desde el momento en que la sexualidad no siempre puede ser controlada por ella. La relación sexual no puede suponerse determinada de forma igualitaria. La autora afirma que la política del aborto no se ha dirigido a la forma en se quedan embarazadas las mujeres, como consecuencia de un coito en condiciones de desigualdad entre los sexos. “En este contexto se ve muy claro por qué la lucha por la libertad reproductiva nunca ha incluido el derecho de la mujer a negarse al sexo. En el concepto de liberación sexual que ha ceñido la política de la elección, la igualdad sexual ha sido una lucha para que las mujeres tengan relaciones sexuales con los hombres en las mismas condiciones que los hombres: ‘sin consecuencias’”.¹² El aborto promete a las mujeres tener relaciones sexuales de la misma forma que los hombres: sin posibles consecuencias.

A las mujeres se les concede el derecho al aborto como privilegio privado en lugar de como derecho público. Ése es un mérito del feminismo: sacar a la luz pública temas, reflexiones y necesidades tradicionales consideradas del ámbito privado.

¹¹ Iris Marion YOUNG, *La justicia y la política de la diferencia*, Ediciones Cátedra, colección feminismos, Madrid, 1990, pp. 230 y 231.

¹² MACKINNON, *op. cit.*, p. 336.

DERECHO INTERNACIONAL Y DERECHOS DE LAS MUJERES

Los estándares y procedimientos de derechos humanos se perciben como neutros en cuanto al género; esta aparente neutralidad significa que las mujeres son ignoradas. Existen grandes lagunas en cuanto a la agenda política de las mujeres y la de derechos humanos. Además, las mujeres no pueden disfrutar sus derechos y libertades, si éstos no son protegidos. Para oponerse a la discriminación hacia la mujer, es necesario reconocerla. “La neutralidad genérica sugiere, de hecho, que puede ser discriminación sexual dar a las mujeres lo que necesitan porque sólo lo necesitan las mujeres”.¹³ Así, la igualdad frente a la ley es una ficción. “El lado de las ventajas especiales del enfoque identidad/diferencia no ha compensado a las mujeres por ser de segunda clase. Su doble patrón no da a las mujeres la dignidad del patrón único ni suprime el género de su referente: femenino”.¹⁴ De acuerdo a Mackinnon, los derechos humanos de las mujeres han estado implícitamente limitados a aquellos derechos que los hombres tenían que perder.

Aunque la discriminación por razón de sexo es una de las principales transgresiones al derecho de igualdad establecido en la Carta de las Naciones Unidas, el concepto tradicional de los derechos humanos no contempla los derechos de las mujeres de forma integral. Esto se observa en la forma abstracta de la jerarquización de los derechos humanos a través de su clasificación, que tiene un criterio histórico.¹⁵ Los derechos humanos han evolucionado conforme a etapas que se pueden entender mejor mediante la división de las tres generaciones del derecho internacional.¹⁶ La primera generación de derechos humanos se constituye por derechos

¹³ MACKINNON, *op. cit.*, p. 405.

¹⁴ MACKINNON, *op. cit.*, p. 410.

¹⁵ Con la creación de la Sociedad de las Naciones Unidas, en 1919, y hasta la adopción del Pacto Briand-Kellog en 1928, toda la tradición normativa internacional giró alrededor a la guerra. La paz, la cooperación, la solidaridad y el desarrollo se incorporan al derecho público tardíamente, después de la Segunda Guerra Mundial.

¹⁶ El concepto de generación, cuando se aplica a los derechos humanos, responde a dos criterios: uno histórico y otro temático. Así, la primera generación (los derechos civiles y políticos) aparece en la época de las revoluciones burguesas y las guerras de independencia en Europa e Hispanoamérica, entre los siglos XVIII y XIX. Después de las declaraciones revolucionarias y de las constituciones decimonónicas, los derechos de primera generación se encuentran hoy en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de 1948 y el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966. La segunda generación

antiguos o clásicos (civiles y políticos), cuya titularidad es individual y son exigibles de manera coactiva, lo cual significa que su reconocimiento y ejercicio tienen prioridad. La segunda generación de derechos humanos es moderna en su concepción y comprende los económicos, sociales y culturales.¹⁷ La titularidad de estos derechos varía entre lo individual y lo colectivo, al igual que los derechos de familia. Su práctica reclama la acción material del Estado y son de realización progresiva, ya que su ejercicio efectivo depende de la disponibilidad de recursos estatales y societarios. No pueden ser exigidos por la vía judicial y pertenecen a la gestión filantrópica de las llamadas ONG de cooperación y desarrollo.

La jerarquización existente entre los derechos de la primera y los de la segunda generación son evidentes en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que dio lugar a dos pactos internacionales para traducir sus principios en obligaciones vinculantes. Tales pactos, adoptados en 1966 por Naciones Unidas, versaron uno sobre derechos civiles y políticos y el otro sobre derechos económicos, sociales y culturales.

En las décadas posteriores a la Declaración Universal de Derechos Humanos, la comunidad internacional centró su interés principalmente en el Pacto internacional de los derechos civiles y políticos. Las violaciones que llamaron más la atención han sido aquellas donde el Estado es el agresor, marginando de esta forma los demás derechos establecidos por la Declaración Universal.

La Conferencia mundial de derechos humanos (celebrada en Viena en 1993) puso en evidencia cómo los regímenes democráticos occidentales han favorecido los derechos civiles y políticos en detrimento de los derechos sociales, económicos y culturales. De acuerdo con algunos académicos, los de la primera generación son los únicos que pueden realmente considerarse derechos, precisamente por su exigibilidad, en tanto que los de la segunda son meras expectativas.

(derechos económicos, sociales y culturales) surge en la primera mitad del siglo XX, y finalmente, la tercera generación (los derechos colectivos y de los pueblos) surge a partir de la segunda posguerra mundial y agrupa las reivindicaciones recientes después de la época de la guerra fría y de la descolonización africana. Nos referiremos exclusivamente a la controversia existente entre la primera y segunda generaciones para abordar la situación de las mujeres, ya que la tercera se dedica principalmente a velar por intereses de minorías.

¹⁷ Estos derechos corresponden al periodo de las revoluciones nacionalistas y socialistas de principios del siglo XX que reemplazaron al Estado gendarme por el Estado de bienestar y sancionaron la irrupción de las masas en la sociedad contemporánea.

El desequilibrio entre las primera y segunda generaciones de los derechos humanos afecta la protección de los asuntos de las mujeres. Tanto los derechos de las mujeres, como los de la segunda generación (económicos, sociales y culturales) procuran la equidad, mientras los derechos civiles y políticos se conforman con la igualdad. Por lo anterior, no es de extrañarse que los derechos civiles sean más fácilmente definidos dentro del derecho que los económicos, sociales y culturales, que suelen verse más como una política pública que como una forma fundamental de justicia.¹⁸

El interés tardío de las mujeres en los derechos de la segunda generación también se reflejó en el quehacer feminista, que no consideró importante retomar el concepto de los derechos humanos de las mujeres hasta mucho después de trascender la lucha por sus derechos civiles y políticos. Primero fue importante poder incursionar en asuntos públicos, empezando por el derecho al voto, para luego buscar el derecho a la educación superior, al ejercicio de todas las profesiones y al patrimonio propio. Aunque estos derechos pudieron haber sido cubiertos por el Pacto internacional de los derechos civiles y políticos, requirieron de mayor precisión en su redacción para que las legislaciones nacionales pudieran reconocer a las mujeres su titularidad.

Desde el feminismo, se ha subrayado la importancia que tienen para las mujeres los derechos humanos de la primera y de la segunda generaciones. Cuando se dice que los derechos de las mujeres son derechos humanos, no se piensa en igualdad sino en justicia. De esta forma, es imposible concebir los derechos humanos de las mujeres sin contemplar ambas generaciones. Parte del problema de la comunidad internacional (incluyendo Naciones Unidas, sociedad civil y academia) ha sido no tomar en consideración hasta fecha muy reciente los derechos humanos de las mujeres como parte de los derechos humanos internacionales, de tal manera que no se pudieron integrar al esquema de la agenda de derechos humanos tradicionales¹⁹ y así se marginaba el tema sin posibilidades de desarrollo o de implementación.

¹⁸ Joanna KERR, "The Context and the Goal", en Joanna KERR, *Ours by Rights, Women's Rights as Human Rights*, The North South Institute, Ottawa, 1993, p. 4.

¹⁹ Elissavet STAMATOPOULOU, "Women's Rights and The United Nations", en Julie PETERS y Andrea WOLPER, *Women's Rights, Human Rights: International Perspectives*, Routledge, Nueva York, 1995, pp. 18-35.

LA INTERNACIONALIZACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

A partir de 1975, los derechos de las mujeres se empezaron a promover desde Naciones Unidas de forma sistemática. Surgieron iniciativas en los ámbitos internacional, regional y nacional, y con ello la presión mundial para uniformar las legislaciones locales en contra de la discriminación hacia las mujeres. Por primera vez, la comunidad internacional reconoció que las mujeres se encontraban en situaciones de desventaja con respecto a los hombres, y formalmente se empezaron a discutir temas que hasta la fecha siguen siendo controvertidos. Si a esto añadimos que la cultura popular aún mantiene esquemas tradicionales de subordinación y desigualdad, los cambios legislativos poco podrán resolver por sí mismos.

Los logros obtenidos entre la Primera y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer serán puestos a consideración como derechos para posteriormente analizar si son o no derechos humanos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.

Con el Decenio para la Mujer (1975-1985), Naciones Unidas comenzó a tomar en consideración a las mujeres dentro de la agenda internacional. Sin embargo, la comunidad internacional ha sido un ámbito dominado por la participación y el punto de vista androcéntricos. Las prioridades de Naciones Unidas no otorgan el suficiente peso a los derechos humanos de las mujeres.²⁰

No obstante que los derechos humanos de las mujeres pueden no haber sido parte medular de la agenda de las Naciones Unidas, la evolución de su reconocimiento ha tenido gran influencia tanto para la comunidad internacional como para la legislación interna de los países. Para analizar este recorrido se debe dividir en tres etapas el proceso de internacionalización de los derechos humanos de las mujeres. La primera surge a partir de la Carta de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, posteriormente se registra un nuevo interés por las mujeres desde la Declaración del

²⁰ El sistema de derecho internacional centra su interés principal en la resolución de mantener la paz en algunos conflictos regionales que permiten que el Consejo de Seguridad tome la delantera de muchas de sus directrices. La misma estructura de las Naciones Unidas, donde la Comisión de derechos humanos tiene más poder que la Comisión sobre el estatus de la mujer es un ejemplo de ello. Ambas comisiones deberían tener el mismo rango. Charlotte BUNCH, "Hacia una re-visión de los derechos humanos" en Ximena BUNSTER, Cynthia ENLOE, Regina RODRÍGUEZ (eds.), *La mujer ausente, Derechos humanos en el Mundo*, segunda edición, Isis, Canadá, 1996, p. 24.

Decenio de las mujeres en 1975, y finalmente, la última y más significativa de las etapas es la que se da con la Conferencia Mundial de Viena (1993), marcada posteriormente por la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995).

La primera etapa ya fue descrita con anterioridad en relación con la Carta de Naciones Unidas, al exponer por vez primera el principio de la no discriminación con base en el sexo. En esa primera etapa, aún no se conciben derechos humanos específicos para las mujeres pero se reconoce de manera muy general que es inadmisibles la discriminación basada en el sexo.

La segunda etapa, el Decenio de Naciones Unidas para la mujer (1975 a 1985) fue el primer camino a recorrer para ubicar a la mujer dentro de la agenda internacional intergubernamental y para facilitar la cooperación de las mujeres en el proceso de ampliar su participación en reuniones mundiales.²¹ El Decenio dio paso a una reflexión de grandes alcances a través de tres Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas para la Mujer, celebradas en 1975 en México, en 1980 en Copenhague y en 1985 en Nairobi.

El único instrumento internacional obligatorio (vinculante) surgido del Decenio de las Naciones Unidas para la mujer es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención de la Mujer). Este instrumento, adoptado el 18 de diciembre de 1979, plasma el principio de no discriminación y establece los estándares internacionales básicos; además, responsabiliza a los gobiernos de combatir la discriminación a través de políticas públicas. La premisa fundamental de esta Convención es que las mujeres tienen derecho a disfrutar todos los derechos y las libertades fundamentales.²²

²¹ “Mientras las mujeres participaban en las delegaciones oficiales y en las Reuniones de la Asamblea General, en las tres Conferencias de la Década (en la ciudad de México en 1975, Copenhague en 1980 y en Nairobi en 1985), su participación en los Foros paralelos no gubernamentales era tan, si no es que más importante. Ahí, se encontraban las mujeres de países diferentes y tenían la posibilidad de intercambiar estrategias y desarrollar relaciones continuas de trabajo”, Elisabeth FRIEDMAN, “Women’s Human Rights: The Emergence of a Movement”, Julie PETERS y Andrea WOLPER, *Women’s Rights, Human Rights: International Perspectives*, Routledge, Nueva York, 1995, p. 22.

²² “La resolución que autorizaba el borrador de [...] la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer fue apoyada en gran parte por países en desarrollo. El preámbulo de la Declaración, y posteriormente de la Conven-

El citado Convenio internacional tuvo como única forma de funcionamiento los procedimientos de informes. Los Comités para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW) revisan los informes nacionales sobre el estatus de la mujer en cada país y se dedican a dialogar con los representantes de los gobiernos respectivos. La visión oficial impera en estos procedimientos, pues ni las organizaciones no gubernamentales²³ ni los/as particulares pueden impugnar lo establecido por las representaciones oficiales.

Aunque la Convención es de gran valor para las mujeres, no deja de ser trascendental el gran número de reservas que contiene, pues representa “el número más alto en comparación con cualquier otra convención internacional”.²⁴

La tercera etapa de los derechos humanos de las mujeres puede ubicarse a partir de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993. Este momento representó un cambio en la noción tradicional, pues por primera vez se reconocieron los derechos humanos de diversos grupos poblacionales como las mujeres, los niños, los migrantes, los pueblos indígenas, etc., siendo así un parteaguas por dejar de considerar de manera general y abstracta a los derechos humanos y concentrarse en las personas de cuyos derechos se trataba.

Gran parte de los logros de esta Conferencia Internacional no habrían sido posibles sin la participación de las organizaciones feministas de

ción, afirmaba que la discriminación en contra de las mujeres era un enfrentamiento a la dignidad humana y un obstáculo a la participación de las mujeres, en términos igualitarios con los hombres, en la vida política, social, económica y cultural de sus países, y que obstruye el crecimiento y la prosperidad de la sociedad e impide el desarrollo”. Marsha A. FREEMAN, “Women, the Development and Justice: Using the International Convention on Women’s Rights”, *Ours by right*, p. 97.

²³ En el Decenio de la Mujer, las ONG tuvieron algunas contribuciones importantes como la creación en 1985 del International Women’s Rights Acting Watch (IWRAP) para monitorear los resultados de la Convención de la Mujer. Este organismo auxilió de manera no oficial al Comité sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer de las Naciones Unidas con los procedimientos de los informes. De la Conferencia de Nairobi también surgió el Instituto de la Mujer, Derecho y Desarrollo, inspirado por la labor en Centroamérica sobre servicios legales para mujeres. Con el objeto de educar a las mujeres en materia de sus derechos, se crearon reconocidas organizaciones: Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Foro de Asia Pacífico de Mujeres, Derecho y Desarrollo (APWLD) y Mujeres, Derecho y Desarrollo en África (WILDAF).

²⁴ KERR, *op. cit.*, p. 5.

la sociedad civil. Viena sirvió para comprobar la trascendencia del movimiento feminista desde el ámbito local al nacional e internacional.²⁵

Uno de los componentes especiales de este movimiento es que las mujeres han podido entrar en el espacio político abierto por las Naciones Unidas; han tomado ventaja de las oportunidades presentadas por los encuentros internacionales —como las Conferencias Mundiales de Derechos Humanos y aquellos que tuvieron lugar durante la Década de la Mujer de Naciones Unidas— para así organizarse para transformar la agenda oficial.²⁶

Ante la problemática encontrada por activistas feministas sobre la falta de efectividad de la Convención de la Mujer (CEDAW), por muchos años se demandó un mecanismo específico que hiciera valer el contenido de dicha Convención. Este anhelo cristalizó con el Protocolo Facultativo²⁷ de la CEDAW, fruto de la Conferencia Mundial de Viena de 1993 y de la Cuarta Conferencia de Beijing de 1995. El Protocolo, cuyo objetivo es establecer procedimientos para hacer eficaz la Convención,²⁸ entró en vigor en el ámbito internacional a finales del año 2000, pero aún no es suscrito por muchos estados miembros, entre ellos México.²⁹

²⁵ Un momento importante para las organizaciones feministas fue tener en la década de los ochenta el apoyo de las organizaciones no gubernamentales de derechos humanos. Organizaciones como Amnistía Internacional y Human Rights Watch International empezaron a tener apartados especiales para la atención a las violaciones a los derechos humanos de las mujeres. Sin embargo, con el tiempo, la alianza entre organizaciones feministas con aquellas involucradas en la defensa de los derechos humanos tradicionales contribuyó a que se pudieran hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres a través de los instrumentos internacionales.

²⁶ Elisabeth FRIEDMAN, “Women’s Human Rights”, p. 19.

²⁷ El Protocolo facultativo de la Convención de la Mujer es un instrumento adicional que faculta al Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas para vigilar las transgresiones a este instrumento, escuchar y responder cualquier queja de quienes sientan que están siendo discriminadas como mujeres. Este procedimiento sólo puede ser atendido después de agotar todas las instancias nacionales. Además, el Estado puede firmar la Convención pero no reconocer este mecanismo de aplicación. En esta situación está México.

²⁸ Los dos procedimientos previstos por el Protocolo Facultativo son el de comunicaciones y el de encuestas. El primero puede ser utilizado por un grupo de personas, organizaciones o una persona afectada por el incumplimiento de alguna de las disposiciones de la Convención; el segundo, puede iniciarse por una investigación independiente cuando el Comité recibiera información fiable que indique violaciones graves o sistemáticas por un Estado parte de los derechos protegidos por la Convención o un fallo en cumplir con sus obligaciones.

²⁹ Actualmente, este instrumento se encuentra esperando el dictamen del Senado para su futura ratificación.

La Conferencia de Viena sirvió como catalizador para que los derechos humanos de las mujeres pudieran tomarse en cuenta desde una visión más amplia y más central en la agenda internacional. El activismo se disparó a través de redes de mujeres que siguieron la promoción de sus derechos humanos a través de una continua participación en foros afines de Naciones Unidas.³⁰ Este protagonismo dio lugar a que la misma fuerza de las organizaciones feministas de la sociedad civil se hiciera presente en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994),³¹ la Cumbre sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995).

La Conferencia Mundial de Población y Desarrollo sirvió para apuntar que el derecho a la salud de las mujeres sólo podía ser protegido a través de la perspectiva de género. Los temas sobre la ampliación de la educación sexual para jóvenes, la transmisión de enfermedades sexuales, el aborto y la planificación familiar por primera vez dejaron de ser considerados como temas morales donde sólo la Iglesia podía opinar. En cuanto al tema del aborto, se sugirió que éste nunca fuera promovido como método de planificación familiar, pero que donde fuera legal o existieran abortos permitidos, los gobiernos deberían ofrecer condiciones de higiene y seguridad.

Las Conferencias mundiales han ido aparejadas de un desarrollo teórico que se nutre, a su vez, del movimiento de mujeres. Si bien a inicios de la actual década el gran avance se sitúa en el reconocimiento de que todos los derechos humanos son derechos de la mujer, a partir de 1996 se desarrolló un amplio reconocimiento por parte de destacadas feministas, que afirman que tratar a todas las mujeres como si fueran *sólo mujeres* ya no es analíticamente creíble ni estratégicamente realista.³²

³⁰ La participación de las ONG en la Conferencia sobre Derechos Humanos en Viena en 1993 culminó con el Tribunal Global sobre las violaciones de los derechos humanos de las mujeres que sirvió de foro para ventilar casos concretos.

³¹ En la audiencia de El Cairo sobre Salud Reproductiva y Derechos Humanos que proponía por primera vez que la salud de las mujeres es un derecho humano, “mujeres provenientes de seis regiones narraron las violaciones que habían experimentado a través de la esterilización forzada, el embarazo y el matrimonio forzados a una temprana edad, el aborto ilegal y el atropello de la salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres discapacitadas. Los testimonios señalaban las diferentes fuerzas que afectaban la salud de las mujeres, incluyendo el Estado, las políticas de población, las compañías farmacéuticas, las instituciones médicas, la familia, la religión y la cultura”, BUNCH, FROST, REILLY, p. 36.

³² Ximena BUNSTER, Cynthia ENLOE y Regina RODRÍGUEZ (eds.), *La mujer ausente. Derechos humanos en el Mundo*, segunda edición, Isis, Canadá, 1996.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) fue un hito para el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres. Tuvo dos grandes logros. Sirvió de base para que las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas posteriores tuvieran enfoque de género, cualquiera que fuera la temática; ya no sería posible dejar a un lado las necesidades y las demandas de las mujeres. Tampoco sería posible dejar de conjugar en una Conferencia de Naciones Unidas la participación de la sociedad civil y la posición gubernamental de los derechos humanos. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer sistematiza los avances logrados en reuniones previas y conferencias posteriores a Viena: la Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente (Riío 1992), la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Cumbre sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).

Es posible resumir las tres etapas de los derechos de las mujeres de la siguiente forma: el reconocimiento del principio de igualdad en instrumentos sobre derechos humanos generales, el reconocimiento de la comunidad internacional de los derechos de las mujeres a través del Decenio de Naciones Unidas y el reconocimiento de los derechos de las mujeres con el papel protagónico de la sociedad civil y los gobiernos. Aun cuando esta última etapa tuvo un fuerte impacto en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, cabe destacar que para evaluar hasta dónde se transformó la noción de los derechos humanos de las mujeres, es importante analizar también lo que se hizo en las regiones y en los países.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS

Hasta la década de los sesenta, la salud femenina se concebía como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y para mejorar la salud infantil. Luego se iniciaron los esfuerzos a través de la planificación familiar para regular el crecimiento demográfico. Paralelamente, se dio cierta aceptación de los métodos de planificación familiar, se reconoce la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y de aumentar sus oportunidades de supervivencia.³³

³³ Ana LANGER y Kathrin TOLBERT (2000), *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council, Edamex, p. 10.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en el ámbito de la reproducción. Esto implica la capacidad para reproducirse, la posibilidad de tener un embarazo y un parto seguro y parir a un ser sano. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos, a la selección libre e informada del método más conveniente para lograrlo y al derecho de tener una vida sexual satisfactoria, libre de enfermedades.³⁴

Los derechos sexuales y reproductivos, que garantizan la libre decisión sobre la forma como se utiliza el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva, son prerrogativas que sólo unos pocos han gozado a través de la historia. Decidir libremente con quién, cuándo y cómo tiene o no hijos y relaciones sexuales, y por lo tanto, tener autonomía e independencia sobre el propio cuerpo es un privilegio de clase social en la medida en que se requiere tener acceso a la información, los conocimientos suficientes para entenderla y aplicarla, y los medios económicos para llevar a la práctica cualquier decisión.

En nuestra cultura, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la reproducción ha sido un privilegio de la pareja heterosexual casada, y las demás personas sufren discriminación de hecho y de derecho por su situación marital, por su orientación y preferencias sexuales, por su edad, por sus discapacidades, por estar en reclusión, etc.³⁵

El derecho a la salud y a la planificación familiar se ha visto restringido también por barreras culturales. La presión de la Iglesia católica en Latinoamérica y en particular en México, y su constante activismo en contra del aborto y de los métodos de planificación familiar (especialmente el condón para proteger del SIDA) han restringido efectivamente la posibilidad de las personas de controlar su propia reproducción y su salud sexual. La falta de información ocasionada por el silencio en torno a la sexualidad convierte en tabúes temas relacionados, como la protección contra enfermedades de transmisión sexual.³⁶

Las principales afectadas por las limitaciones impuestas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos son las mujeres de todas las cla-

³⁴ *Idem*, p. 11.

³⁵ “Los derechos sexuales y reproductivos en el sistema interamericano de Derechos Humanos” <http://sistemainter-comision-deregion 2.htm>

³⁶ *Idem*.

ses y todas las etnias, por su papel protagónico en la reproducción; sin embargo, no son las únicas. Como las mujeres, otros grupos vulnerables a la discriminación ven amenazados su goce de estos derechos.

En el ámbito internacional, las agencias intergubernamentales, los Estados, la academia, las ONG y los activistas de derechos humanos han reclamado la protección de los derechos sexuales y reproductivos apenas en la década de los noventa al 2000. Tuvieron que pasar más de treinta años para que la libre opción sexual y la maternidad voluntaria, entre otros temas, fueran tomadas en consideración por la agenda internacional de los derechos humanos, después de ser denunciados como propios por el movimiento feminista.

La comunidad internacional ha identificado como urgentes el cuidado y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Entre las transgresiones más frecuentes se encuentran la violencia, el abuso sexual, el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo de adolescentes, los niños abandonados, las prácticas como la mutilación genital femenina, el crecimiento de la población, el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, se sostuvo que los derechos sexuales de la mujer son derechos humanos; la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, incluyó en su Plataforma de Acción estrategias para proteger los derechos reproductivos; la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, consolidó los derechos sexuales y reproductivos dentro del discurso de los derechos de las mujeres. Además, en el ámbito regional se firmó la Convención de Belém do Pará (1994) para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing asumen *los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por lo que los reconocen como una parte inalienable, íntegral e indivisible de los derechos humanos universales*.³⁷

Aunque el término “derechos sexuales” no aparece en acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del mar-

³⁷ María José ALCALÁ, “Definición de conceptos y derechos”, en *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Nueva York, *Family Care International*, 1995, pp. 16-17.

co de los derechos humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno de observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los 'derechos sexuales' utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing.

En septiembre de 1995, la Conferencia de El Cairo legitimó el reconocimiento de la salud reproductiva como un asunto de importancia esencial para las mujeres. El documento final de esta Conferencia sirvió como marco para todos los esfuerzos dirigidos a promover y mejorar la condición y la salud de la mujer desarrollados por organismos internacionales, gobiernos, fundaciones y organizaciones no gubernamentales.

En los eventos citados, como en cientos de acciones, publicaciones y actividades en el ámbito local, los derechos sexuales y reproductivos se han consolidado como derechos humanos. Están garantizados por el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a la autonomía personal, el derecho a la salud, el derecho a la integridad física, el derecho a contraer o no matrimonio, y a decidir el número e intervalo de hijos. El derecho a la igualdad garantiza que las poblaciones vulnerables no verán disminuida su capacidad de decidir sobre su sexualidad y reproducción por pertenecer a un sexo, etnia, orientación sexual, etc. El derecho a la autonomía garantiza el derecho a decidir sin injerencias externas sobre la propia sexualidad y reproducción. El derecho a la salud establece que debe haber servicios médicos para cubrir las necesidades en salud reproductiva, en especial de planificación familiar y servicios ginecológicos y obstétricos, así como una adecuada prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual. El derecho a contraer o no matrimonio y el derecho a decidir el número e intervalo de hijos garantizan que las personas no se vean discriminadas por su situación marital y tengan acceso a la planificación familiar.³⁸

Si bien hay ya un desarrollo teórico importante sobre el contenido de estos derechos por las mencionadas conferencias mundiales, falta consolidar su protección en la práctica. Para ello hace falta que se legisle en el ámbito nacional, así como dar cuenta del contenido de los informes sobre el cumplimiento de los países a los distintos instrumentos de derechos humanos.

³⁸ *Ibidem.*

TRAYECTORIA POLÍTICA DE LAS MUJERES MEXICANAS
POR SUS DERECHOS

La lucha de los derechos políticos de las mujeres surge a partir de la necesidad de salir del ámbito doméstico y decidir en el público. Esto se ve plasmado en la obtención tardía de la ciudadanía femenina. En el mundo occidental, sólo después de la segunda guerra mundial, las mujeres han tenido el derecho a votar y ser votadas. En México, el derecho al sufragio femenino comenzó a partir de la reforma que hizo el Presidente Miguel Alemán a la Ley de elecciones municipales de 1947 y se consagró en 1953, cuando salió publicado en el Diario Oficial el decreto de Adolfo Ruiz Cortínez sobre el voto. El contexto social en que este derecho emerge refleja que la mujer debía asumir el papel de ciudadana “cuidadosamente, para no perder su feminidad ni olvidar su papel tradicional de esposa y madre”.³⁹

Tuvieron que transcurrir algunas décadas para el despertar de las mujeres a una conciencia de ciudadanía política feminista. Mientras que el derecho rige la vida en sociedad y del orden público, las mujeres tienen intereses donde lo público y lo privado se ven intrínsecamente unidos. La principal aportación del movimiento feminista de los sesenta fue la denuncia de que “lo personal era político”. Este lema significaba no sólo la participación plena de las mujeres en el mundo de la política pública, sino que demandaba ser agente activo de la transformación de la política, como era concebida hasta entonces. Entre las conquistas civiles de las mujeres se encuentra el divorcio, la decisión libre de la maternidad, la libre opción sexual y la protección a los niños.

El movimiento feminista contribuyó a la democracia en cuanto a la conscientización de que ésta no era posible si existían marginaciones. Los nuevos movimientos sociales de izquierda de la década de los setenta, entre los cuales se encontraban muchas feministas radicales, cambiaron el significado del concepto de opresión.⁴⁰

³⁹ Julia TUÑÓN, *Mujeres en México: Recordando una historia*, México, Regiones, Conaculta, 1998, p. 176.

⁴⁰ “Aunque toda la gente oprimida sufre alguna limitación en sus facultades para desarrollar y ejercer sus capacidades y expresar sus necesidades, pensamientos y sentimientos [...] la opresión designa de hecho una familia de conceptos y condiciones que divido en cinco categorías: explotación, marginación, carencia de poder, imperialismo cultural y violencia”, Iris Marion YOUNG, *La justicia y la política de la diferencia*, Madrid, Cátedra, 1990, p. 73.

En el terreno del derecho penal, las mujeres mexicanas lucharon por reformas legislativas para sancionar con mayor severidad la violación, el abuso sexual y el hostigamiento, así como facilitar los procedimientos y mecanismos de prueba. Sin la visión feminista, donde los cuerpos y las vidas de las mujeres son el eje central de sus necesidades políticas, no se comprenderían de manera integral estos delitos, tal como hoy los conocemos, ni la necesidad de las reformas legales. Sólo a través de una visión de los derechos humanos de las mujeres esto podría ser posible.

Las demandas feministas mexicanas sobre el aborto

Para estudiar la transformación de las demandas del movimiento feminista de los años setenta a los noventa, seguiremos las ideas de Iris Marion Young sobre la teoría de la justicia y la política de la diferencia. Esta autora considera que la filosofía política de las reivindicaciones de los nuevos movimientos sociales como el feminismo, conllevan un reto para las tradiciones de la razón occidental por encarar y modificar las concepciones de la justicia social.⁴¹ Las demandas feministas para la despenalización del aborto comprenden una perspectiva diferente a la visión tradicional de los derechos individuales. En este sentido la despenalización del aborto implica el enfrentamiento de dos derechos fundamentales: el del derecho a la vida del no nacido y el de la libertad de decidir de la madre.

A principios de la década de los setenta, el feminismo en México no constituyó un movimiento sólido con demandas uniformes. Mariclaire Acosta caracterizaba los grupos de entonces dentro de la incursión feminista en Latinoamérica como “movimientos femeniles de base más amplia que buscan la liberación de la mujer —independientemente de la pertenencia de ésta a alguna clase social— y que se organizan estableciendo alianzas ocasionales con algunos partidos políticos alrededor de reformas jurídicas tendientes a aliviar la condición de la mujer en general”.⁴² Las mujeres tuvieron como intermediarios de sus demandas a algunos partidos políticos, que siempre priorizaron los intereses de sus partidos.

Hasta 1971, las organizaciones de mujeres se restringían a las seccio-

⁴¹ Iris Marion YOUNG, *op. cit.*, p. 11.

⁴² Mariclaire ACOSTA, “Perspectivas políticas del feminismo en América Latina”, *Fem. diez años de periodismo feminista*, p. 187.

nes femeniles de los partidos políticos, tanto del sistema (Partido Revolucionario Institucional, Partido Popular Socialista, Partido de Acción Nacional, Partido Socialista de los Trabajadores) como los de la oposición (Partido Comunista Mexicano, Partido Revolucionario de los Trabajadores); unos y otros, salvo el PAN, formulaban las demandas clásicas para las mujeres, tales como su derecho al trabajo, la maternidad, la participación política, y eventualmente también guarderías y otros servicios, al mismo tiempo que mantenían alejadas a las mujeres de los puestos de decisión.⁴³

Las demandas feministas de la década de los setenta se relacionan con movimientos de lucha social vinculados con la izquierda, fueran marxistas, socialistas u organizaciones contra el autoritarismo. Entre otras ideas, surge el cuestionamiento al valor universal de la familia, relacionándola con la clase capitalista y opresora.⁴⁴ Al cuestionarse esta institución, se cuestionaba también el rol tradicional de las mujeres y la primacía de su capacidad reproductiva. Si se reconoce que la mujer puede tener múltiples funciones sociales y no únicamente desempeñar el papel de madre y esposa, la reproducción pierde peso y se avanza hacia la autonomía.

Sin embargo, no se empezó a luchar por el aborto hasta después de garantizar las múltiples necesidades económicas y sociales que no estaban satisfechas en el país. Entre las demandas generales para el bienestar social empezaron a destacar algunas otras que parecían no ser tan importantes para la causa general y que tenían relación con la vida privada de las mujeres.⁴⁵ Precisamente la conscientización de las mujeres sobre sus

⁴³ María Antonieta RASCÓN, "Feminismo y reforma política", *Fem. diez años de periodismo feminista*, p. 210.

⁴⁴ Lourdes Arizpe decía al respecto que "como toda institución social, la familia es una institución acomodaticia. El enaltecerla como institución eterna e inmutable es cegarse ante la historia y tomar una actitud, también acomodaticia. Porque detrás del mito sentimental se encuentran fuerzas económicas e intereses políticos claramente definidos". (Lourdes Arizpe, "Familia, Desarrollo y autoritarismo" escrito en *Fem* núm. 7, abril-junio de 1978, recopilado en *Fem. diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, 1988, p. 88).

⁴⁵ En la década de los setenta la lucha de las mujeres en México se da en varios frentes. En el campo, por ejemplo, existen mujeres que siguen la lucha de sus hombres y en las zonas urbanas están quienes pelean por el agua y los servicios de su comunidad. "Pero las otras luchas, cuyos objetivos habitualmente no se consideran como políticos, cuya organización no está prevista ni constituida y a las que las organizaciones tradicionales no legitiman ni apoyan, nos revelan una concepción de acción feminista". Marta ACEVEDO, Marta LAMAS, Ana Luisa LIGUORI, "México: una bolsita de cal por las que van de arena", *Fem. diez años de periodismo feminista*, p. 147.

cuerpos las apartó del discurso de izquierda como trabajadoras explotadas y las hizo conscientes de su condición de mujeres. Este despertar las hizo apartarse también de los partidos de izquierda.

Una vez ganada la autonomía como grupos feministas, empiezan a cristalizar reivindicaciones específicas. La lucha por los derechos reproductivos tuvo una amplia visión que no se reducía exclusivamente a la legalización del aborto. En México, el feminismo y las luchas de las mujeres han tenido una orientación propia. No sólo se trata de luchar por la maternidad voluntaria entendida como acceso a la anticoncepción y al aborto, sino incluso contra la esterilización forzada y los proyectos de control de natalidad que han implantado muchos gobiernos.⁴⁶

Marta Lamas resume la lucha feminista por la maternidad voluntaria a través de cuatro elementos indispensables para hacerla realidad: educación sexual, dirigida con especificidad a distintas edades y estratos sociales, anticonceptivos seguros y baratos, aborto como último recurso y rechazo a la esterilización forzada.⁴⁷

La primera vez que se utilizó la palabra maternidad voluntaria en México fue en una publicación sobre métodos anticonceptivos en 1972. A partir de esa publicación, se concibió al aborto como un derecho de las mujeres a decidir: la libertad de opción empezaba con la concepción de ser primero mujer y después madre.⁴⁸

La actitud contestataria del movimiento feminista de los setenta resultó un arma de doble filo, pues no querer negociar con el Estado el reconocimiento de sus derechos las dejó maniatadas al momento de reconocer al aborto como un problema social.⁴⁹ Hasta 1973, la prensa censuró los artículos sobre el aborto y el feminismo y sólo con motivo de la celebración en nuestro país de la Conferencia Internacional de la

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Marta LAMAS, "Movimiento feminista y discurso político: Los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna", en Juan Guillermo FIGUEROA y Claudio STERN, *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva, políticas públicas, marcos normativos y actos sociales*, El Colegio de México, México, 2001, pp. 177-178.

⁴⁸ Adriana ORTIZ ORTEGA, *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, México, Edamex, 2001, p. 116.

⁴⁹ Adriana ORTIZ ORTEGA, "El papel de los derechos reproductivos en la construcción de la ciudadanía para las mujeres", Adriana ORTIZ ORTEGA (comp.), *Derechos reproductivos para las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, México, Edamex-UAM, 1999, p. 228.

Mujer de Naciones Unidas, se empezó a legislar de manera generalizada en favor de las mujeres.⁵⁰

No obstante la oportunidad que las organizaciones de mujeres tuvieron con la Conferencia internacional para darse a conocer, la mayor parte de las feministas mexicanas se negaron a participar y organizaron un Contracongreso a través del Frente de Mujeres contra el Año Internacional de la Mujer. Sin embargo, hubo un grupo que trabajó en las discusiones para evitar la discriminación, reformar algunas legislaciones sobre el tema y colaborar con el Centro de Información y Documentación para el Decenio de la Mujer y el Desarrollo (CIDEM).

El tema del aborto también logró colarse en el discurso político oficial tras la Conferencia mencionada, cuando Luisa María Leal, primera directora del Consejo Nacional de Población (CONAPO), afirmó que si el aborto era una demanda de las mujeres, se debería atender.⁵¹ Tras esta declaración, se abrió el debate sobre el aborto en septiembre de 1976, en la ciudad de Querétaro, en la “Reunión Multidisciplinaria para el estudio del aborto en México”, convocada por la Secretaría de Gobernación a través de CONAPO. En esta reunión estuvieron presentes un grupo de expertos para hacer un dictamen del estatus legal del aborto. Entre intelectuales, científicos, médicos y abogados, se discutió la despenalización del aborto. Ningún grupo feminista fue invitado,⁵² si bien participaron algunas destacadas intelectuales (como Graciela Hierro) a título individual. Las principales conclusiones de la Reunión se referían a las características de las mujeres que se inducían el aborto voluntariamente, las principales causas para hacerlo, los orígenes históricos de dichos acontecimientos, el costo social del delito y el pronunciamiento de que el abor-

⁵⁰ “En ese entonces se reformó el artículo 4º constitucional, otorgando la igualdad jurídica de la mujer [...] así como los artículos 30 y 123 constitucionales, además de siete leyes secundarias de carácter federal, correspondientes a población, nacionalidad y naturalización; al trabajo, al suprimir restricciones al trabajo de la mujer, como la jornada nocturna; el Código Civil, reiterando la igualdad consagrada en la Constitución, así como el derecho a planear la familia; el Código de Procedimientos Civiles y el Código de Comercio, cuyos preceptos basados en un tradicional concepto de tutela discriminaban a la mujer, ya que ésta debía pedir licencia al marido para ejercer actividades mercantiles. Se expidió la Ley General de Población, que contenía disposiciones novedosas para el país acerca de la planificación familiar”. Eli BARTRA, Anna M. FERNÁNDEZ PONCELA, Ana LAU, *Feminismo en México, ayer y hoy*, México, UAM, Colec. Molinos de viento, 2000, p. 20.

⁵¹ Adriana ORTIZ ORTEGA, *Si los hombres se embarazaran*, p. 123.

⁵² Adriana ORTIZ ORTEGA, “El papel de los derechos reproductivos...”, p. 230.

to era un problema de salud.⁵³ Las opiniones a favor sentaron precedentes, aunque los resultados de esa Reunión nunca fueron publicados.

En su momento, el presidente José López Portillo ignoró los resultados de dicho grupo de expertos y mantuvo una posición férrea en contra del aborto. No obstante esta postura, algunos de los políticos de su gabinete difirieron. Sergio García Ramírez, entonces Secretario de Gobernación, lo consideró como un tema de salud pública y Carrillo Flores, canciller, se proclamó abiertamente a favor de la despenalización del aborto. Ante tal apertura, el movimiento de mujeres aprovechó la oportunidad para la primera negociación con un representante del gobierno. Se presentó una iniciativa al entonces presidente de la Cámara de Diputados, Rodolfo Guevara. La respuesta oficial fue inexistente.

La política de control natal en el sexenio de José López Portillo se caracterizó por la doble moral. Por un lado, se constituyó la asociación Provida en 1978, cuya influencia fue tan fuerte como la de la Iglesia católica en contra del aborto y por el otro lado, la política sexenal apoyó una campaña que favorecía la esterilización femenina después del parto, incluso sin el conocimiento ni el consentimiento de las mujeres. Claramente, la voluntad de las mujeres no era un factor a tomarse en cuenta al elaborar políticas para ellas.

Diversas estrategias feministas se desarrollaron entre 1977 y 1980, pero 1977 en particular fue un año de innovación intelectual. Primero, se redactó un documento mucho más sólido con respecto a la legalización del aborto; segundo, *Fem*, la revista feminista más prominente de esa época, impulsó el debate en torno al aborto en los círculos intelectuales y académicos, y tercero, en 1977 tuvo lugar la segunda Jornada de aborto libre y voluntario.⁵⁴

Para mediados de la década de los setenta, el feminismo pudo renovar alianzas con la izquierda, cuando esta última dejó de concebir al capital como único enemigo. Algunos partidos políticos se aliaron con

⁵³ Marcela Martínez Roaro detalla entre las características de las mujeres que se inducen el aborto, el hecho de que tienen un compañero, tienen más de tres hijos, son de baja escolaridad y sus ingresos son bajos, son trabajadoras y suelen ser católicas. Por lo general, el aborto es inducido por ellas mismas o a través de comadronas. Los motivos económicos predominaron. Entre los orígenes históricos del aborto en nuestro país, se destacó que es realizado desde la época prehispánica. *Delitos sexuales*, México, Porrúa, 1985, pp. 296 y 297.

⁵⁴ Adriana ORTIZ ORTEGA, *Si los hombres*, p. 154.

grupos feministas, en el Frente Nacional para la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNLIDM) y en la Coalición de Mujeres Feministas, con el fin de llevar al Congreso de la Unión las propuestas para despenalizar el aborto.

En 1977, el Movimiento Nacional de Mujeres organizó un mitin público frente a la Cámara, con la intención de presentar un documento a González Guevara que tampoco fue tomado en consideración por la Cámara de Diputados. Nuevamente el constante rechazo del Estado a tales propuestas reflejaba que las tácticas de las feministas eran demasiado idealistas y no concebían proposiciones compatibles con el Derecho. Con frecuencia, su formulación carecía de técnica legislativa y eran fácilmente desechables por su forma, sin analizar los contenidos.⁵⁵

Con una visión más madura, un año después, se presentó otro proyecto ante la Cámara de Diputados bajo el título de “Maternidad voluntaria”. La propuesta contenía dos ejes claves: la despenalización del aborto y su inclusión en la legislación sanitaria, así como el límite de tiempo para practicarlo. Este proyecto tuvo como estrategia ser presentado a través de un partido político: el partido comunista, que fue el primero en llevar a la Cámara una propuesta legislativa sobre el aborto, el 29 de diciembre de 1979.

Las protestas de la derecha y de la iglesia no se dejaron esperar. En la Cámara, el PAN presentó una contrapropuesta constitucional de los derechos del feto. Como suele pasar cuando la Iglesia rebasa su competencia, la polémica sobre la división Iglesia y Estado opacó el debate sobre el aborto. Las consecuencias de estas contiendas llevaron a nuevas divisiones en el movimiento feminista y por lo tanto se debilitaron los ideales como punto central para la unión de las mujeres. Tuvieron que pasar los años de la crisis económica en los ochenta para que las mujeres volvieran a organizarse en torno a demandas sociales.

Además, en el interior de la República existieron propuestas para la destipificación del aborto. Este fue el caso, en 1979, del Código Penal para el estado de Veracruz, redactado por Celestino Porte Petit y Sergio García Ramírez, donde se proponía la eliminación del delito de aborto bajo las siguientes circunstancias: a) cuando fuere practicado dentro de los noventa días de gestación, b) cuando el producto padeciera alteracio-

⁵⁵ Marta LAMAS, “De la autoexclusión al radicalismo participativo, escenas de un proceso feminista”, México, *Debate Feminista*, número 23, abril 2001, p. 100.

nes genéticas, c) cuando fuere ocasionado sin intención de la madre, d) cuando el embarazo fuere resultado de una violación y cuando la mujer careciera de los medios económicos para la subsistencia de la familia.⁵⁶ Antes de presentarse el proyecto ante el poder legislativo, se desechó por la presión de los sectores conservadores.

Ante el constante rechazo al tema del aborto en la agenda legislativa, sorprendentemente en 1982 surgió un gran interés del entonces candidato a presidente, Miguel de la Madrid Hurtado, quien decidió señalar en su clausura de campaña, que el aborto debía ser una opción para las mujeres. Sin embargo, dicho tema no llegó al Plan Nacional de Desarrollo.

Al haber señalado la despenalización del aborto entre las promesas de campaña y ser parte de las exigencias del electorado, De La Madrid consiguió dar la vuelta a ese compromiso y creyó cumplir al incentivar a las legislaturas locales a reformar y disminuir las penas en ciertos casos del delito de aborto. En ningún momento la demanda feminista de la despenalización del aborto y su práctica en condiciones seguras e higiénicas se cumplía.⁵⁷

El no consultar al movimiento feminista sobre sus proyectos legislativos relacionados con mujeres continuó para la década de los ochenta. Esto se debió en parte a la crisis del propio movimiento. Además, el feminismo buscaba estrategias de supervivencia, entre ellas, la expansión y la consolidación en los estados, pues en la capital se encontraba sin renovación del personal militante.

La década de los ochenta, sin embargo, representó un fuerte impulso para la conscientización de las mujeres con respecto al tema de la violencia hacia ellas. Esta problemática resultó ser tan fuerte que abarcó un número de conductas y delitos hasta entonces no registrados por la agenda legislativa. Se rescatan aspectos hasta entonces prácticamente ausentes del interés del Estado; el aborto por violación fue uno de ellos. Por lo

⁵⁶ Marcela MARTÍNEZ ROARO, *Delitos sexuales*, pp. 303-304.

⁵⁷ “Una reseña de las medidas de liberación que introdujo la administración de De la Madrid muestra que las modificaciones en el ámbito de los estados locales abarcaron reformas relacionadas con argumentos eugenésicos en siete de los estados, en otros cinco estados la tarea consistió en actualizar el código penal existente y en dos más se citaron razones relacionadas con la salud. Los Códigos que se reformaron incluyeron a Coahuila, Durango, Chiapas, San Luis Potosí, Colima, Estado de México, Zacatecas, Tamaulipas, Sinaloa, Guerrero, Puebla, Nayarit, Chihuahua, Querétaro y Yucatán. La reforma en Chihuahua admitió una forma sofisticada de violación, ya que fue el único de los estados que reconociera el concepto de la inseminación forzada”. *Ibidem*, p. 175.

mismo, desde la década de los ochenta, la demanda feminista de la despenalización del aborto está estrechamente vinculada con el fenómeno de la violencia sexual. En 1984, la fracción parlamentaria del Partido Socialista Unificado de México (PSUM) recogió un proyecto de reformas penales, elaborado por un grupo de reconocidas feministas, que quería eliminar la connotación de sexual al delito de violación y poder reconocer que también se dañaba la integridad física y moral de la víctima. Se proponía que se definiera con precisión la autoridad que debía conceder el permiso para interrumpir el embarazo resultado de una violación.

Esta iniciativa nunca fue dictaminada. Se puede considerar que el planteamiento estaba adelantado a su época, pues años después se retomaron algunos elementos de esta iniciativa en anteproyectos de ley.

Con el terremoto de 1985, la ciudad de México se paralizó y las demandas feministas tomaron otra vertiente. La organización popular de mujeres se convirtió en una mejor opción de participación. Las mujeres de sectores populares empezaron a tener un papel protagónico en estas organizaciones solidarias, especialmente en zonas urbanas.⁵⁸ No obstante, las demandas que movilizaron a estas mujeres no tocaban cuestiones sexuales ni reproductivas, aun cuando ese sector fuera el más afectado por las consecuencias de la penalización del aborto, la falta de educación sexual y los abusos en materia de atención a la salud reproductiva.⁵⁹

El Foro sobre delitos sexuales convocado por la Cámara de Diputados se llevó a cabo del 27 de febrero al 2 de marzo de 1989. Entre las participaciones destacó la intervención de Luis de la Barreda Solórzano (que después sería el primer ombudsman capitalino), quién abordó el tema del aborto de la mujer que ha sido violada y formuló una petición para reglamentar el procedimiento de autorización para interrumpir el embarazo.⁶⁰

Con una relación estable entre el movimiento feminista y el gobierno pudo surgir un planteamiento más sólido en los ámbitos nacional e internacional en la década de los noventa. En 1993, las nuevas estrategias de negociación internacional de las feministas observan en diversas actividades preparatorias de la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El

⁵⁸ Gisela ESPINOSA, "Participación social y acción ciudadana de las mujeres del Movimiento Popular en el Valle de México", en Mónica VEREA y Graciela HIERRO, *Las mujeres en América del Norte al Fin del Milenio*, México, PUEG, UNAM, 1998, p. 182.

⁵⁹ Marta LAMAS, "De la autoexclusión al radicalismo participativo...", p. 105.

⁶⁰ Luis DE LA BARREDA SOLÓRZANO y Mireya TOTO GUTIÉRREZ, "Violación: La urgente reforma", *Fem*, año 13, número 77, mayo 1989, pp. 16-17.

Cairo, 1994) y la posterior sobre la Mujer (Beijing, 1995). La participación de algunas ONG feministas en el ámbito internacional tiene como objetivo repercutir en los escenarios políticos de México. “Las dos conferencias de Naciones Unidas, la de Población y Desarrollo (Cairo 1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) son muy útiles porque demandas nacionalmente acalladas —como el aborto— se vuelven objetos discursivos en foros internacionales y se obliga al gobierno a tomar decisiones al respecto”.⁶¹

El feminismo en la década de los noventa empezó a actuar a través de la academia, apoyada por financiamiento internacional. Se creaba conciencia a través de foros que tendrían como fin tener eco en disposiciones de orden público y la creación de leyes pertinentes. Ahora bien, para que el feminismo se vuelva una fuerza política susceptible de alterar la balanza del poder político institucional, es preciso generar formas de organización política capaces de crear procesos de unificación y lograr objetivos para el conjunto de la sociedad y no tan sólo para las mujeres. Lamentablemente hoy, en México, estamos lejos de ello.⁶²

Hasta antes de celebrarse la IV Conferencia sobre la mujer en Beijing, el feminismo en México se encontraba fortalecido gracias al trabajo de algunas ONG con el gobierno. Se reconoció su larga trayectoria de demandas y, específicamente en materia de violencia, se estaban coordinando trabajos por parte del gobierno.

Aún quedan por cosechar frutos de la Cuarta Conferencia; entre las tareas pendientes está la inclusión de temas en la agenda internacional y su traslado al ámbito nacional.

CONCLUSIONES

Entre los derechos reproductivos, el tema del aborto es el que menos peso ha tenido en la política nacional. Aunado a lo anterior, el poder legislativo ha tenido poco interés con respecto a temas que tradicionalmente se han considerado como exclusivos de mujeres. Las mujeres no han sido consideradas como sujetos de legislación o políticas públicas, sino como objeto de la misma por presiones de las demandas políticas feministas.

⁶¹ LAMAS, “De la autoexclusión al radicalismo...”, p. 112.

⁶² *Ibidem.*

Asimismo, se pudo observar que la actitud frente a la internacionalización de los derechos de las mujeres se ha modificado con el tiempo. Lo que en un principio fue rechazo por parte de las feministas frente a la Primera Conferencia Mundial de la Mujer en México, se ha convertido en la búsqueda de un aliado en Naciones Unidas. Muestra de ello fue la participación de México en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, donde destacó el número de representantes de la sociedad civil organizada.

Los vaivenes políticos entre la izquierda y la institucionalización de las demandas feministas son el origen de la política nacional para el tema de las mujeres que existe desde el año 2000. Aunque las organizaciones feministas tienen un discurso muy definido sobre sus demandas y saben cómo negociarlas, las políticas aún parecen ser hechas desde una visión androcéntrica, sin tomar en cuenta la voluntad de las mujeres. Parte de estas reflexiones se vieron reflejadas en las demandas feministas sobre el aborto y los derechos reproductivos. Las propuestas y las estrategias utilizadas para hacerse oír tuvieron que ver con una sociedad no receptiva y no sensibilizada en los inicios del movimiento, hasta llegar a la década de los noventa, cuando las feministas entablan un diálogo más prometedor con el gobierno.

Para mediados de la década de los noventa, ya se habían consensuado, en el discurso del gobierno nacional, términos como género y derechos reproductivos. Ambos son heredados de las construcciones del pensamiento y movimiento feministas, utilizadas propositivamente en las Conferencias sobre población y sobre la Mujer. Como respuesta a estas Conferencias, hay una mayor apertura a la opinión de las ONG especialistas en la materia, tanto para la elaboración de políticas como en la integración de algunos institutos gubernamentales.

Es interesante ver cómo los debates en torno a los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito internacional se tropiezan con el mismo obstáculo que en México: la Iglesia católica. En la Conferencia de El Cairo, el Vaticano se opuso a los derechos sexuales y reproductivos.⁶³ Un problema que se enfrenta en México y en el resto de América Latina es la necesidad de legitimar el discurso feminista sobre derechos sexuales y reproductivos en la región para poner el tema en debate. De lo contra-

⁶³ LAMAS, "Frances Kissling: La disidencia católica basada en la conciencia," *Debate Feminista*, año 5, vol. 10, septiembre 1994, pp. 152-164.

rio, la discusión continuará teniendo un enfoque maniqueísta que lo concibe como un pecado o crea una concepción que sólo interesa a un sector limitado de la sociedad.

Realizar un análisis de las demandas feministas sobre el aborto y sus repercusiones en la legislación mexicana por veinte años no fue fácil por una serie de razones. Para empezar, el movimiento feminista en México, como en muchas otras partes del mundo, no ha tenido un discurso homogéneo al respecto y en múltiples ocasiones las opiniones se han dividido. Además, en el debate sobre aborto intervienen múltiples discursos desde diferentes posiciones ideológicas.

No obstante lo anterior, la problemática principal de las décadas estudiadas sobre la demanda de la despenalización del aborto no ha sido tanto el discurso feminista en sí, sino la incorporación de las inquietudes que han existido al respecto en una normatividad acorde con tales propuestas. Si tratamos el tema específico del Derecho penal, que es la rama más rígida del Derecho positivo vigente, podremos concebir el restringido papel que tiene la mujer. Los delitos que comete la mujer suelen percibirse frecuentemente como reflejo de las transgresiones a los papeles que le asigna la sociedad. El rol de madre y esposa permea sutilmente de la redacción de muchas disposiciones legales. En la penalización del aborto, el papel de madre se ubica por encima del de sujeto con la libertad de decisión sobre su cuerpo y sobre su vida.

El derecho en general no ha considerado a la mujer como sujeta de derechos, sino que la ha visto como un ser victimizable y de posible protección paternalista, ya que no se le reconoce la capacidad de decisión por sí misma. De esta forma, se prohíbe el aborto, porque ella no puede decidir sobre su reproducción.

A través del presente análisis se pudo comprobar que la perspectiva de derechos humanos de las mujeres en la legislación mexicana no siempre recoge puntualmente las recomendaciones vertidas en el escenario internacional. Las conclusiones de las principales Conferencias mundiales se han retomado según la conveniencia de la política nacional y no necesariamente en función de los compromisos con las mujeres. Las políticas públicas correspondientes se elaboran de acuerdo con metas de diversa índole (por ejemplo, demográficas) pero no siempre reconocen la centralidad del sujeto mujer.

Esta última idea fue la que motivó el presente trabajo, pues sólo a través de una visión de los derechos humanos desde la construcción de

género será posible hablar del aborto como una prerrogativa. Las estrategias de muchas organizaciones feministas fueron hacerse escuchar a través de los foros internacionales, para que así sus peticiones pudieran reproducirse en el derecho interno.

Aunque el presente trabajo termina con la Cuarta Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995), es necesario aclarar cuáles fueron los frutos del periodo de 1975 a 1995, pues a partir de estos primeros veinte años, la manera de hacer política sobre las mujeres se vio influida por las propias voces de las protagonistas. El gobierno mexicano intentó, dentro de lo que consideró razonable, integrar las propuestas de la Plataforma y la Declaración de Beijing al Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, a través del Programa Nacional de la Mujer: Alianza para la igualdad. Este último fue la respuesta gubernamental para hacer frente a la problemática relacionada con las mujeres mexicanas y para aplicar las recomendaciones de la Plataforma de Acción Mundial y de otros acuerdos internacionales que hacen referencia directa a la mujer y a la niña.

La Comisión de la condición jurídica y social de la mujer, de Naciones Unidas, se ha dedicado a dar seguimiento a los avances que han tenido los países que estuvieron presentes en Beijing. Cinco años después, la Asamblea General de Naciones Unidas convocó a una sesión especial: *La mujer en el años 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz en el siglo XXI*. Como parte del proceso quinquenal de la Plataforma de acción de Beijing, la División de Naciones Unidas para el Adelanto de las Mujeres solicitó a los gobiernos los planes de acción. El 14 de junio de 1999, se conformó un Comité técnico interinstitucional Beijing+5 para la elaboración del Informe de México entre la entonces Comisión Nacional de la Mujer y la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Cabe destacar que a través del tiempo, los derechos reproductivos, especialmente aquellos relacionados con la violencia contra las mujeres, han cobrado importancia en foros nacionales e internacionales, así como en políticas públicas. Este no ha sido el caso del aborto. Es importante que se fortalezca aún más la política nacional en materia de derechos reproductivos, para introducir al aborto dentro del discurso del derecho a la salud de las mujeres. Las ONG en nuestro país aún tienen un papel muy importante para continuar visibilizando las demandas feministas y una manera óptima de hacerlo es a través de los mecanismos y las cortes internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, Mariclaire, "Perspectivas políticas del feminismo en América Latina", *Fem. Diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, pp. 182-188.
- ACEVEDO, Marta, Marta LAMAS y Ana Luisa LIGUORI (1988), "México: una bolsita de cal por las que van de arena", *Fem. Diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, pp. 111-148.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (1991), *Mujeres en primera línea*, Madrid, Editorial Amnistía Internacional.
- ARENDRT, Hannah (1993), *La Condición Humana*, Barcelona, Paidós.
- ARIZPE, Lourdes (1988), "Familia, desarrollo y autoritarismo", *Fem. Diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, pp. 79-88.
- BARTRA, Eli, Anna M. FERNÁNDEZ PONCELA, Ana LAU (2000), *Feminismo en México, ayer y hoy*, México, UAM, Colec. Molinos de Viento.
- BELAUSTEGUIGOITIA, Marisa (1991), "El aborto en México", *Debate Feminista*, México, año 2, vol. 3, marzo 1991, pp. 76-81.
- BUNCH, Charlotte, Samantha FROST y Niamh REILLY (2000), "Las redes internacionales y la traducción de las dimensiones globales a las esferas locales (a manera de introducción)", Charlotte BUNCH, Claudia HINOJOSA y Niamh REILLY, *Los derechos de las mujeres son derechos humanos, Crónica de una movilización mundial*, México, Rutgers, Edamex.
- BUNCH, Charlotte (1996), "Hacia una re-visión de los derechos humanos" en Ximena BUNSTER, Cynthia ENLOE, Regina RODRÍGUEZ (eds.), *La mujer ausente, Derechos humanos en el mundo*, Canadá, segunda edición, Isis, pp. 17-30.
- CÁMARA DE DIPUTADOS (1988), *Diario de Debates*, año I, núm. 39, diciembre 27.
- CÁMARA DE DIPUTADOS (1990), *Diario de Debates*, año II, núm. 10, mayo 17.
- CHARLES, Mercedes (1989), "El aborto: una necesidad de un Nuevo debate", *Fem*, México, año 13, núm. 83, noviembre, pp. 34-35.
- CIFRIAN, Concha, Carmen MARTÍNEZ TEN e Isabel SERRANO (1990), "La cuestión del aborto", México, *Fem*, año 14, núm. 89, mayo, pp. 14-21.
- COOK, Roberta (1988), "Gaining Redress Within a Human Rights Framework", en Joan KERR (ed.), *Ours by Right: Women's Rights as Human Rights*, Nueva Jersey, North South Institute, pp. 13-16.
- (1993), "Women's International Human Rights Law: The Way Forward" en Roberta COOK (ed.), *Human Rights of Women, National and International Perspectives*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, pp. 3-36.
- DE LA BARREDA SOLÓRZANO, Luis y Mireya TOTO GUTIÉRREZ (1989), "Violación: La urgente reforma", México, *Fem*, año 13, núm. 77, mayo, pp. 16-17.
- ESPINOSA, Gisela (1998), "Participación social y acción ciudadana de las mujeres del Movimiento Popular en el Valle de México, Mónica VERA y Gra-

- ciela HIERRO, *Las mujeres en América del Norte al Fin del Milenio*, México, PUEG, UNAM, pp. 174-189.
- FELLMETH, Aaron Xavier (2000), "Feminist and International Law. Theory, Methodology and Substantive Reform, *Human Rights Quarterly*", Baltimore, John Hopkins University Press, vol. 22, núm. 3, agosto, pp. 640- 874.
- FREEMAN, Marsha, A. (1988), "Women, Development and Justice: Using the International Convention on Women's Rights", en Joan KERR (ed.), *Ours by Right: Women's Rights as Human Rights*, Nueva Jersey, North South Institute, pp. 93-105.
- FRIEDMAN, Elisabeth (1995), "Women's Human Rights: The Emergence of a Movement", Julie PETERS y Andrea WOLPER, *Women's Rights, Human Rights: International Perspectives*, Nueva York, Routledge, pp. 18-35.
- GUIJOSA, Marcela (1989), "El aborto y la moral", México, *Fem*, año 13, núm. 77, mayo, pp. 10-11.
- HERNÁNDEZ TÉLLEZ, Josefina (1989), "Reformas al Código Penal", México, *Fem*, año 13, núm. 17, febrero, p. 38.
- INTERNATIONAL WOMEN'S TRIBUNE CENTRE (1998), *Rights of Women, A Guide to the Most Important United Nations Treaties on Women's Human Rights*, Nueva York.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (2000), *Derechos Humanos de las Mujeres Paso a paso*, San José, Costa Rica.
- Instrumentos internacionales de protección de los derechos de la mujer*, Comisión Andina de Juristas (1997).
- KNOP, Karen (1988), "Beyond Borders: Women's Rights and the Issue of Sovereignty", en Joan KERR (ed.), *Ours by Right: Women's Rights as Human Rights*, Nueva Jersey, North South Institute, pp. 75-77.
- "La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los derechos sexuales y reproductivos" <http://www.encolombia.com/salud/sistemainter-comision-deregion2.htm>
- LADI LONDOÑO, María (1993), "Un asunto de mujeres: Los derechos reproductivos, conciencia latinoamericana", México, *Fem*, año 17, núm. 12, febrero, p. 20.
- LAGARDE, Marcela (1994), "El feminismo en la nueva constituyente" (Primera Parte), Análisis feminista, México, *Fem*, año 19, núm. 140, octubre, pp. 4-7.
- LAGARDE, Marcela (1994), "El feminismo en la nueva constituyente" (Segunda Parte), Análisis feminista, México, *Fem*, año 19, núm. 141, noviembre, pp. 4-9.
- LAMAS, Marta (1994), "Frances Kissling: La disidencia católica basada en la conciencia", México, *Debate Feminista*, año 5, vol. 10, septiembre, pp. 152-164.
- LAMAS, Marta (1993), "La lucha por los derechos reproductivos", México, *Fem*, año 17, núm. 122, abril, pp. 14-15.
- LAMAS, Marta (1990), "Las mujeres y las políticas públicas", México, *Fem*, año 14, núm. 87, marzo, pp. 7-14.

- LAMAS, Marta (2001), "Movimiento feminista y discurso político: Los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna", en Juan Guillermo FIGUEROA y Claudio STERN, *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva, políticas públicas, marcos normativos y actos sociales*, México, El Colegio de México.
- LAMAS, Marta / Grupo de Información en Reproducción Elegida (1998), "Por un cambio imprescindible", México, *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre, pp. 420-421.
- LAU JAIVEN, Ana (1987), *La nueva ola del feminismo en México*, México, Planeta.
- LOVERA, Sarah y Yoloxóchitl CASAS (coords.) (1992), *Las elecciones de las mujeres: Propuestas legislativas*, México, Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- LUGO, Carmen (1988), "Una asamblea de patriarcas, Reunión Intergubernamental de Población", *Fem. Diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, pp. 264-270.
- MACKINNON, Catherine (1989), *Hacia una teoría feminista del Estado*, Madrid, *Cátedra feminismo*, pp. 393-395.
- MARIÑO MÉNDEZ, Fernando (ed.) (1996), *La protección internacional de los derechos de la Mujer tras la Conferencia de Pekín de 1995*, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid, 241 pp.
- MARQUES, Joseph-Vincent (1990), "El fetismo no es humanismo", México, *Fem*, año 14, núm. 89, mayo, pp. 21-24.
- MARTÍNEZ ROARO, Marcela (1985), *Delitos sexuales*, México, Porrúa, 1985.
- MATEOS CANDANO, Manuel (1989), "Ética médica frente al aborto", México, *Fem*, año 13, núm. 77, mayo, pp. 12-13.
- MEDINA, Cecilia (1988), "Do International Human Rights Laws Protect Women?", en Joan KERR (ed.), *Ours by Right: Women's Rights as Human Rights*, Nueva Jersey, North South Institute, pp. 78-81.
- MERCADO, Tununa (1989), "Ser mujer y ser feminista en América Latina", *Fem*, año 13, núm. 73, enero, pp. 26-27.
- MOLINA PETIT, Cristina (1994), *Dialéctica feminista de la ilustración*, [Prol. Cèlia Amorós], Madrid, Antropos, 1994.
- MONSIVÁIS, Carlos (1991), "De cómo un día amaneció PROVIDA con la novedad de vivir en una sociedad laica", *Debate Feminista*, año 2, vol. 91. 3, marzo, pp. 82-88.
- ORTIZ ORTEGA, Adriana (1994), "Aborto: ¿El tema de mayor controversia internacional?", México, *Fem*, año 19, núm. 142, diciembre, pp. 12-14.
- ORTIZ ORTEGA, Adriana (1999), "El papel de los derechos reproductivos en la construcción de la ciudadanía para las mujeres", Adriana ORTIZ ORTEGA (comp.), *Derechos reproductivos para las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, México, Edamex-UAM.
- ORTIZ ORTEGA, Adriana (2001), *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería le-*

- gal?, *Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, México, Edamex, Population Council.
- ORTIZ ORTEGA, Adriana (1995), "Razones y pasiones en torno del aborto", México, *Fem*, año 19, núm. 146, abril-mayo, pp. 18-23.
- PÉREZ DUARTE, Alicia Elena (coord.) (1995), *Marco legal de los derechos humanos de la mujer en México*, Comité Nacional Coordinador para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, Situación de la Mujer en México, México, CONAPO, 29 pp.
- PETERS, Julie y Andrea WOLPER (1995), *Women's Rights, Human Rights: International Perspectives*, Nueva York, Routledge, 372 pp.
- RASCÓN, María Antonieta (1988), "Feminismo y reforma política", *Fem. Diez años de periodismo feminista*, México, Planeta, pp. 208-214.
- REILEY MAGUIRE, Marjorie (1994), Aborto: una guía para tomar decisiones éticas [por]... [y] Daniel C. MAGUIRE. Traducción Elena A. Álvarez y Mary Rivera Montevideo, Católicas por el Derecho a Decidir.
- RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, Jesús (1996), *Los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos*, México, CNDH.
- RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, Jesús, "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", *Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos ONU*, tomo II, CND, pp. 481-495. <http://www.oas.org/>
- SALINAS BERINSTAIN, Laura (1998), "La 'protección' de las mujeres en las normas legales mexicanas", *Las mujeres en América del Norte al Fin del Milenio*, México, PUEG, UNAM, pp. 191-216.
- SCOTT, Joan W. (1990), "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en James S. AMELANG y Mary NASH, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Ediciones Alfons El Magnanim/Institutió Valenciana D'Estudis I Investigació, pp. 23-56.
- SIN AUTOR (1989), "Nuevos frentes de una antigua guerra: tres "casos de aborto" que no son sobre aborto", México, *Fem*, año 13, núm. 77, mayo, pp. 37-38.
- SMART, Carol (2000), "La teoría feminista y el discurso feminista" en Haydée BIRGIN (comp.), *El Derecho en el género y el género en el Derecho*, Buenos Aires, Ed. Biblos, colección Identidad, Mujer y Derecho.
- STAMATOPOULOU, Elissavet (1995), "Women's Rights and The United Nations", en Julie PETERS y Andrea WOLPER, *Women's Rights, Human Rights: International Perspectives*, Nueva York, Routledge, pp. 18-35.
- TUÑÓN, Julia (1998), *Mujeres en México: Recordando una historia*, Colección Regiones, México, Conaculta.
- WEST, Robin (2000), *Género y Teoría del Derecho*, Bogotá, Ediciones Uniandes.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: UN DERECHO REPRODUCTIVO EN MÉXICO

MARÍA VALLARTA VÁZQUEZ

INTRODUCCIÓN

Con la creación de la Organización de las Naciones Unidas, después de la Segunda Guerra Mundial, se hizo patente la necesidad de reconocer y dejar plasmados en diferentes instrumentos declaratorios un conjunto de derechos reconocidos como *derechos humanos* por los países miembros. Entre éstos se encuentra el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. A pesar de que fue reconocido desde 1968 en Teherán, hasta el día de hoy sigue causando mucha polémica. Incluso en la última reunión de Naciones Unidas para evaluar los logros obtenidos desde la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995, no se pudo lograr un consenso con respecto a la definición del conjunto de derechos llamados reproductivos y sexuales. Esto se debe probablemente a una concepción moralista renuente a aceptar el derecho al ejercicio libre de la sexualidad, no necesariamente ligada a la reproducción.

Una definición que nos permite acercarnos al concepto de derechos humanos es la siguiente: “los derechos fundamentales que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes, y que, lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados” (Bidart Campos 1989: 16). En México, las garantías individuales se encuentran en nuestra Constitución y constituyen los derechos que tenemos todas las personas que nos encontramos en el territorio mexicano frente al Estado.

Como mencionamos anteriormente, todavía no existe un consenso a nivel internacional de lo que son los derechos reproductivos y sexuales y tal vez esta sea una de las razones por las cuales se dan casos de imposición de métodos anticonceptivos y no existen mecanismos suficientes o realmente eficaces para que se pudieran defender las víctimas de estas transgresiones.

La manera más segura de probar que existen estos casos es referirnos a las quejas que se han presentado ante las diferentes instancias de resolución y ver cómo se resuelven, pero antes de eso tendríamos que demostrar que la imposición de métodos anticonceptivos efectivamente es una transgresión a un derecho humano reconocido en nuestras leyes. La investigación que llevamos a cabo sobre este tema se centró en el uso forzado de anticonceptivos, que es una forma de violación a un derecho reproductivo: el consentimiento informado. El consentimiento informado es un término médico que se refiere al permiso que los pacientes deben dar para la realización de una intervención y que, antes de darlo deben tener toda la información sobre dicha intervención como efectos secundarios, eficacia y duración entre otros. Consideramos que es un derecho humano porque está íntimamente ligado a la integridad del cuerpo de cada persona. Forma parte del derecho a la salud y en el caso de los métodos anticonceptivos, a nuestra facultad para decidir sobre nuestra descendencia.

Partimos del supuesto de que no existe un adecuado seguimiento de los casos de transgresión al consentimiento informado, por lo que no sabemos cómo son sancionados los responsables y si se da algún tipo de reparación del daño. Para conocer mejor cómo se sustenta el consentimiento informado como un derecho reproductivo en México, en un primer momento plantearé el marco teórico y jurídico de los derechos reproductivos en nuestro país y posteriormente, haremos un análisis de las entrevistas que realizamos a tres mujeres que sufrieron una transgresión a su derecho al consentimiento informado y no denunciaron, y de una entrevista al abogado que está llevando dos juicios por imposición de dispositivo intrauterino.

Con esta investigación se pretende demostrar que a pesar de que el consentimiento informado es un derecho de las mujeres mexicanas, es poco conocido, fácilmente transgredido y con muy pocas posibilidades de ser defendido, tanto por lagunas legales como por la poca eficacia de las instancias de denuncia existentes y la ineficiencia del sistema judicial.

MARCO TEÓRICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. CUERPO, REPRODUCCIÓN Y PODER

Cuando Simone de Beauvoir se pregunta en su obra *El segundo sexo* ¿qué es una mujer?, la primera respuesta que propone es desde el punto de vista biológico y cita a los amantes de las fórmulas sencillas: ella es una ma-

triz, un ovario; ella es una hembra: esta palabra basta para definirla (De Beauvoir 1993).

La autora nos habla de la reproducción y de la función de los sexos en este proceso. Nos recuerda que a pesar de que en algunas sociedades primitivas se desconocía la participación del hombre en la concepción, desde la antigüedad y hasta el siglo XIX se manejaba entre los científicos la idea de que el hombre aportaba la sustancia activa de la fecundación (el esperma) mientras que la mujer desempeñaba un papel solamente pasivo (la gestación). (De Beauvoir 1993: 33-50).

Aída Aisenson considera el cuerpo como “el centro ordenador de la totalidad de la experiencia” respecto del cual no se puede establecer una distinción. Además, esta autora opina que el cuerpo es el centro mismo del universo personal y que gracias al cuerpo somos también dueños de nuestra propia historia. Queda claro que no acepta la dicotomía cuerpo/espíritu. (Aisenson 1981:20).

A pesar de que esta corriente de pensamiento plantea que somos nuestro cuerpo y que no se pueden deslindar subjetividad y cuerpo, encontramos que existen muchos casos en que los cuerpos de unos son manipulados por otros como objetos externos a sí mismos y a los demás. Un ejemplo de esto lo encontramos en el argumento del determinismo biológico que entre otras cosas pretende explicar el dominio de los hombres sobre las mujeres en función de que el cuerpo femenino es similar a la tierra que se cultiva, o sea, objeto de control social e individual. Así, las diferencias biológicas básicas entre los sexos se convierten en el argumento de la inmutabilidad y de la supremacía social del varón. En este contexto, “la demanda de igualdad de las mujeres está injustificada porque la dominación masculina se ha ido estructurando en nuestros genes durante generaciones de evolución” (Lewontin 1991:36).

En particular, en el fenómeno de la reproducción donde la participación femenina es evidente, los hombres han pretendido y logrado adjudicarse un papel protagónico. Podemos constatar que para someter a las mujeres eficazmente los hombres han tenido que apropiarse de sus cuerpos, de su función reproductora y que este fenómeno todavía se da en nuestra época.

Cabe señalar que la imposición de métodos anticonceptivos es sólo una manera posible de controlar el cuerpo y la fecundidad de las mujeres. De igual importancia y gravedad es la maternidad forzada, ya sea por violación, coerción de parte del marido o la comunidad, por ignorancia

de que existen otras alternativas, por difícil acceso a los métodos de planificación familiar o por la ilegalidad de la interrupción del embarazo. En esta investigación, nos centraremos en el análisis del uso forzado de métodos de planificación familiar, sin profundizar más en las otras formas de control de los cuerpos de las mujeres.

La maternidad, que está íntimamente relacionada con la conyugalidad en nuestra sociedad, parece ser el destino de toda mujer. Marcela Lagarde afirma que “ser madre y ser esposa consiste para las mujeres en vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser —para y de— otros, realizar actividades de reproducción y tener relaciones de servidumbre voluntaria, tanto del deber encarnado en los otros, como con el poder en sus más variadas manifestaciones” (Lagarde 1997: 363). Aquí encontramos dos premisas fundamentales de la condición de la mujer: es la encargada de la reproducción, siendo la única que puede llevar a cabo en su cuerpo la gestación de nuevos seres, y a la vez está sometida al poder del varón, sea éste esposo, padre, hermano o cualquier otro, pariente o no, que por el hecho de ser hombre tendrá poder sobre la mujer, sobre su cuerpo y sobre su capacidad reproductiva.

Como veremos más adelante, esta situación puede ser especialmente difícil para una mujer que está pariendo, cuando se da cuenta que no tiene control sobre lo que está pasando con su cuerpo, como nuestra entrevistada Marta, que se reprocha no haber dicho en el momento en que le hacen la salpingoclasia postcesárea: “Oiga no, momento, ¿por qué van a decidir por mí en este momento en que yo ni siquiera estoy en condiciones de decidir?”.

Este poder, como se desarrollará más adelante, se ejerce también a través de las instituciones gubernamentales, las cuales mediante políticas de población determinan cuántos hijos deben tener las mujeres. Esto llega al nivel de los médicos, que pueden imponer a las mujeres un método anticonceptivo para el control de su fecundidad en acuerdo y para cumplir con metas impuestas.

Esta situación es una de las caras de la reducción del cuerpo femenino a objeto de la maternidad. Citando una vez más a Marcela Lagarde, “en la feminidad destinada, las mujeres sólo existen maternalmente, y sólo pueden realizar su existencia maternal a partir de su especialización política como entes inferiorizados en la opresión, dependientes vitales y servidoras voluntarias de quienes realizan el dominio y dirigen la sociedad” (Lagarde 1997: 365). De esta manera, las mujeres ven su fecundi-

dad enajenada y a la vez, lo que les da más poder es lo que se lo quita, es decir, el cuerpo, la maternidad y la conyugalidad. (Lagarde 1997: 418).

A pesar de que las mujeres en muchas ocasiones no ejercemos el poder sobre nuestros cuerpos en relación con la procreación, es importante señalar que ya existe un conjunto de derechos, llamados reproductivos, que nos otorgan la facultad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia deseamos tener hijos.

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

El concepto de decisión libre y responsable acerca del número y espaciamiento de los hijos a tener fue declarado un derecho humano por primera vez en 1968, en el artículo 16 de la Proclamación de Teherán. Posteriormente fue ratificado en 1969 por la Declaración de Progreso Social y Desarrollo (artículos 4 y 22) así como por otros instrumentos declaratorios (Cervantes 1998).

Los instrumentos declaratorios tienen ese carácter porque pretenden llamar su contenido y la atención de la comunidad internacional sobre principios, para que éstos sean tomados en cuenta por los países, pero no son obligatorios para los Estados que lo firman.

En 1972, por primera vez México hizo una declaración oficial de carácter no poblacionista en una tribuna pública, la Tercera Reunión de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, en Santiago, Chile (Lines 1989:11). Posteriormente se introdujeron los derechos reproductivos en las leyes mexicanas y en 1974 nuestro país firmó la Proclamación de Teherán.

En su campaña presidencial en 1970, Luis Echeverría se manifestó con la consigna “gobernar es poblar”, pero hubo un cambio radical y en la reunión citada, el delegado mexicano expresó la conveniencia de un crecimiento demográfico más lento que favoreciera el desarrollo del país (Lines 1989:11). Con esto se inició el abandono de la política pronatalista de Echeverría en que por ejemplo estaba prohibida la publicidad relacionada con los métodos anticonceptivos.

En sus inicios, las actividades en el campo de la planificación familiar fueron realizadas por instituciones privadas. La primera institución pública que trabajó en la investigación y en la prestación de servicios de planificación familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador

Zubirán, que en 1968 atendía la incipiente demanda de métodos anti-conceptivos (Palma y Rivera 1996:154).

Las dependencias del sector salud (SSA, ISSSTE e IMSS) iniciaron la prestación de servicios de planificación familiar a través del programa “Operación Paternidad Responsable”. Los objetivos que dieron origen a estos programas son básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad: coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto por la decisión y dignidad de las parejas; contribuir a mejorar la salud materna e infantil y ayudar a reducir el número de embarazos no deseados, evitando así la práctica del aborto (Palma y Rivera 1996: 155).

Los servicios de planificación familiar adquieren formalidad jurídica en 1973, año en que se aprueba la Ley General de Población en cuyo artículo tercero se asienta la responsabilidad oficial de brindar a la población, a través del sector educativo y sanitario, los medios para decidir el número y el espaciamiento de los hijos.

Finalmente, en 1974 la planificación familiar se convirtió en una garantía constitucional asentada en el artículo cuarto: “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.¹ Con esto, México, junto con Yugoslavia y la República Popular de China, es de los tres únicos países del mundo en los que la planificación familiar constituye un derecho constitucional en esa época (Lines 1989: 12).

La noción contemporánea de derechos reproductivos ganó fuerza en el movimiento feminista mundial a mediados de la década de 1980, después de la sesión del Tribunal Internacional de Salud y Derechos Reproductivos, que tuvo lugar en Amsterdam en 1984 (Scavone 1999:38).

Este tema ha ganado actualidad en un intento de reconceptualizar e integrar una serie de derechos en torno a la reproducción y que han sido reconocidos, a través del tiempo, como medios encaminados a lograr el bienestar reproductivo como un elemento para alcanzar el progreso social y elevar el nivel de vida de las personas, en un contexto de libertad.

Los derechos sobre la libre elección de tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con qué intervalos, ejercer una sexualidad plena y sin temor

¹ Actualmente este artículo ha sufrido varias modificaciones pero el principio del derecho a decidir sobre el número de hijos sigue inalterado en el párrafo 3 del art. 4 constitucional.

a contraer enfermedades de transmisión sexual, obtener educación e información sobre el propio cuerpo, la reproducción y los diversos métodos anticonceptivos, a obtener los servicios de salud y de planificación familiar, etcétera, facilitan el ejercicio de una procreación libre, responsable e informada y el acceso a la salud reproductiva.

En México, la discusión conceptual sobre los derechos reproductivos se presenta en varios aspectos: cuáles deben ser incluidos en esta temática, su definición de los mismos, los sujetos y el posible conflicto que se pudiera presentar, la obligación del Estado de garantizar el ejercicio, tutela y respeto de estos derechos, y la posibilidad real que, por un lado, tiene el individuo para ejercerlos y por el otro, tiene el Estado de facilitar su ejercicio y de sancionar su incumplimiento, entre otros.

En el presente trabajo sólo haremos una breve revisión de la discusión sobre el contenido de los derechos para más adelante señalar las posibilidades jurídicas que el individuo tiene para ejercer cabalmente y que el Estado tiene para sancionar a los servidores públicos que los transgredan.

Podemos ver que a nivel teórico se ha llegado más lejos que las leyes actuales. Para Juan Guillermo Figueroa, los contenidos temáticos de los derechos reproductivos son los siguientes: el número de hijos, el ejercicio de la sexualidad, las responsabilidades del cuidado de los hijos, la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando no se desea el producto; el acceso a los medios para influir sobre la reproducción y para tomar decisiones, por ejemplo, la información necesaria sobre sexualidad y reproducción, los medios para regular la propia fecundidad, los servicios de calidad ligados con dicha información y con las opciones para controlar la propia fecundidad; y sobre todo, el respeto a las decisiones de las personas en las relaciones de pareja, las relaciones institucionales y las relaciones sociales (Figueroa 1995:3).

Para Alejandro Cervantes, el derecho reproductivo (nótese el singular), “es por naturaleza un derecho multidimensional” que involucra más de un momento y más de una decisión. Para él, el contenido temático del derecho reproductivo consiste en: la decisión de tener un hijo, la decisión de cuando tenerlo y la decisión del tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad, según se plantea en La Proclamación de Teherán. Resulta muy interesante el planteamiento que hace de la titularidad de este derecho humano: “la tendencia parece perfilarse más hacia una titularidad que tenga como referencia a las personas directamente concernientes en las decisiones con respecto a la fecundidad, es

decir, en primera instancia a la mujer y después a la pareja o, en todo caso, a cualquier otra persona que la propia mujer reconozca como directamente vinculada a tal proceso” (Cervantes 1998).

Desde un punto de vista feminista, Marta Lamas concibe los derechos reproductivos como la prevención de enfermedades, discapacidades o muertes asociadas con la sexualidad y la reproducción, la posibilidad de tener criaturas sanas y deseadas, lo cual implica poder regular la propia fertilidad sin riesgos y con eficiencia, la posibilidad de elegir cuándo reproducirse, poder recurrir a intervenciones médicas y a la fecundación asistida artificialmente, y a la interrupción de un embarazo si éste no es deseado (Lamas 1995: 5). Aunque no lo dice explícitamente, considera que son principalmente ejercidos por las mujeres y resulta evidente el enfoque hacia la salud reproductiva como parte integral de los derechos reproductivos. Con base en esta perspectiva, se considera que cuando se daña la salud reproductiva de una persona, se está transgrediendo uno de sus derechos humanos.

Otra feminista, Teresita de Barbieri, limita el contenido de los derechos reproductivos a su definición constitucional, es decir, el derecho a la libre determinación sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como el acceso a la información y asesoramiento al respecto (de Barbieri 1982: 785-788). Sin embargo, en otro artículo la autora dice que “la *expresión derechos reproductivos* no hace referencia a un código o una declaración expresa. Señala más bien un estado de preocupación compartido ante la evidencia de prácticas sociales diversas, planes y políticas estatales, internacionales y de organismos privados que se perciben contrarias a las normas universales que definen las categorías persona y ciudadano/a en las sociedades de hoy” (de Barbieri 1999:101-102). Esta autora considera que a pesar de que la reproducción es una decisión personal que requiere del acuerdo tanto del varón como de la mujer, dado que es en el cuerpo femenino que se da casi todo el proceso de reproducción y que además las mujeres son las principales encargadas del cuidado de los hijos, ellas deberían contar con prerrogativas mayores para decidir si ejercen o no su capacidad reproductiva, con quién, cuándo y cómo (de Barbieri 1999).

Finalmente, Alicia Elena Pérez Duarte y Noroña, desde su perspectiva de abogada feminista, nos dice que los derechos reproductivos contienen, entre otros, “el derecho a una paternidad y maternidad libre, responsable e informada, el derecho sobre el propio cuerpo, el derecho a la atención materno-infantil y el derecho a formar una familia, todos ellos

interdependientes y complementarios de un derecho a la vida además de ser atributos de la persona humana” (Pérez Duarte 1999).

Para efectos de nuestro tema de investigación, que se centra en la legislación que protege a las mujeres contra la imposición de métodos anticonceptivos y las instancias a las que pudieran acudir en caso de que sucediera esto, retomamos la definición de derechos reproductivos que se encuentra de manera explícita en las leyes mexicanas, es decir, poder decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, el derecho a decidir sobre el uso y tipo de método anticonceptivo que vamos a utilizar, si es que se decide usar algún método, y también la garantía constitucional del derecho a la protección de la salud (art. 4 constitucional, párrafos 3 y 4). La razón por la cual decidimos delimitar el concepto de derechos reproductivos al que se encuentra explícitamente en las leyes mexicanas es que el objetivo de la investigación es estudiar cómo se encuentran regulados los derechos reproductivos en México y para ello es necesario atenernos a lo que por ley se puede defender, aunque a nivel teórico se pueda extender el concepto para abarcar otros derechos como los que mencionamos anteriormente, sobre todo a interrumpir el embarazo. Incluso en el ámbito internacional todavía no se admite al aborto como un derecho humano; en la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 se limitó a decir que “En el caso en que no esté prohibido por la ley, el aborto debería practicarse en buenas condiciones de seguridad. (Lassonde 1997:69)”. Por otra parte, consideramos que la responsabilidad en el cuidado de los hijos no es propiamente un derecho reproductivo aunque sin duda se puede relacionar si consideramos que quien debe decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos se debe responsabilizar por su cuidado. Como éste no es el tema de este trabajo, no nos detendremos sobre estos asuntos, que nos servirán sólo para demostrar que no existe consenso sobre los contenidos temáticos de los derechos reproductivos que éstos no coinciden siempre con lo que dicen las leyes.

EL CONFLICTO ENTRE LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

La transición demográfica en México comenzó hacia fines de la década de los años treinta cuando, como resultado de un conjunto de políticas económicas y sociales que perseguían la redistribución del ingreso nacional y —desde mediados de los cuarenta— la modernización por medio de la

industrialización, se mejoró la calidad de la vida humana, se redujeron las probabilidades de muerte entre recién nacidos/as y mujeres y se extendió la duración de la vida de mujeres y varones (de Barbieri 1999:195).

Entre 1936 y 1973, en México prevalecía una política poblacional pronatalista que tiene su origen en la independencia de nuestro país, cuando se tenía que asegurar su soberanía a través del número creciente de pobladores. A finales de 1973, comenzó un proceso mediante el cual la política poblacional de México se centró en la preocupación por disminuir el crecimiento total a través del control de la fecundidad (Cervantes 1998). Como se señaló anteriormente, este cambio radical de una política pronatalista a una de control de natalidad obedece sobre todo a los compromisos adquiridos en las Conferencias Internacionales de Población de Teherán y de Bucarest en 1974, ya que desde los años 40 era notable un gran crecimiento de la población debido a las nuevas tecnologías, principalmente en el aspecto médico, que llevaban a una notable disminución en las tasas de mortalidad, mientras las tasas de fecundidad seguían siendo altas. A partir de 1974, la nueva política de población se presenta como antagónica a las costumbres reproductivas de algunos grupos poblacionales. Ante este antagonismo, se puede apreciar un posible conflicto, principalmente entre las metas demográficas definidas por y desde el Estado, que consideran una determinada tasa de crecimiento de la población, y la garantía constitucional de que son únicamente las personas las que tienen derecho a decidir cuántos hijos tener. Este conflicto no ha pasado inadvertido y a ello se debe que en el ámbito internacional, la problemática haya sido enfrentada incorporando la perspectiva de los derechos humanos en las deliberaciones acerca de la dinámica poblacional.

Juan Guillermo Figueroa aborda el tema del conflicto que puede surgir entre las políticas de población y los derechos reproductivos cuando señala que la nueva política de población propone un objetivo que maneja conceptos potencialmente contradictorios entre sí —en términos de práctica social—, pues se afirma la necesidad de “inducir, con pleno respeto a la libertad individual, la reducción de la fecundidad” (Figueroa, Aguilar e Hita 1994:134). El mismo autor señala que en nuestro país, al mismo tiempo que se cambió el artículo 4º constitucional para reconocer como una garantía individual el derecho a decidir sobre la reproducción, se oficializaron los programas de planificación familiar y se argumentó que era una responsabilidad gubernamental intervenir en el ámbito de la planificación familiar para beneficio de la población. Des-

de un principio eran procesos paralelos potencialmente conflictivos, ya que se cambiaron las normas institucionales respecto a la reproducción y se buscó intervenir deliberadamente sobre ella, inmediatamente después de reconocer constitucionalmente el derecho a decidir sobre éste ámbito; en ese sentido importa ver cuáles han sido los procedimientos de dicha intervención (Figuroa 1996).

Si nos acercamos a las políticas de planificación familiar, es fácil ver cómo pueden surgir las dificultades por las presiones que se ejercen sobre los prestadores de servicios para aumentar el número de usuarias de métodos anticonceptivos. Efectivamente, en una entrevista realizada por Juan Guillermo Figuroa reportó la siguiente declaración de un prestador de servicios médicos “los médicos están convencidos que su deber es proteger la salud... A mí me han dicho que sobre todo a los residentes les dan de premio veladas cuando logran determinada meta por ejemplo en dispositivos intrauterinos, es decir, que no tienen que hacer guardias”.²

Por otra parte, en 1990, el Presidente de la República reafirmó el objetivo de un crecimiento demográfico del uno por ciento a pesar de las estimaciones del Consejo Nacional de Población, que preveían un crecimiento de 1.4 por ciento para el final del milenio. Para lograr el objetivo planteado en la resolución presidencial, era necesario para 1994 ampliar la cobertura de anticoncepción al 62 por ciento de mujeres unidas, usuarias de métodos quirúrgicos, DIU y hormonales.

Teresita de Barbieri aborda el tema retomando a Z. Eisenstein, quien afirma que es el Estado quien ejerce en última instancia el control sobre la reproducción de las mujeres y quien ha ejercido verdaderas políticas de población, aun sin darles tal nombre, ya que es el Estado quien dicta las normas y quien administra justicia (de Barbieri 1999:8).

Para el Estado mexicano, el posible conflicto se evita si éste se abstiene de tomar decisiones por los individuos y se limita a asegurar el acceso de los individuos y las parejas de todos los grupos sociales y todas las regiones del país a los servicios de planificación familiar, “incluyendo información y orientación en la materia para que puedan ejercer efectiva y plenamente su derecho a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos”.³

² Figuroa obtiene esta cita de las entrevistas a prestadores de servicios a las que se refiere en Figuroa 1996.

³ Plan de acción para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el fortaleci-

INVESTIGACIONES ANTERIORES SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS

Una investigación que señala que puede existir alguna irregularidad en la prescripción del uso de anticonceptivos es la conducida por Mario Bronfman, Elsa López y Rodolfo Tuirán en 1984, estos autores encontraron que del conjunto de mujeres esterilizadas, 87.5% no utilizó anteriormente ningún otro método. Esto sin duda llama la atención porque resulta algo extraño que mujeres que nunca hicieron nada para regular su fecundidad, elijan un método que, además de irreversible, conlleva toda la carga traumática asociada a cualquier intervención quirúrgica (Bronfman, López y Tuirán 1984).

Figuroa, Aguilar e Hita señalan que en 1994, mediante la instrumentación de las políticas de planificación familiar se difundía “el uso de diferentes anticonceptivos, entre los cuales se fomentaba de manera especial el uso del dispositivo intrauterino y la esterilización femenina como los “más convenientes” para la población y los más efectivos para los programas. En casos extremos —a su promoción por medio de medidas poco aceptables desde el punto de vista de los derechos, como es brindar información incompleta e insuficiente para tomar una decisión, manipular el alcance de la misma o, incluso, imponer el método sin considerar a la persona en el proceso que lleva a optar finalmente por dicho método (Figuroa *et al.* 1994)”.

Más adelante, en la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud,⁴ se encontró que un porcentaje importante de mujeres declaró no haber recibido información suficiente sobre el método o no haber leído o firmado la solicitud de operación (Figuroa 1999). A su vez, en una encuesta regional,⁵ encontramos que 48.5% de las entrevistadas que estaban usando el dispositivo intrauterino declararon que no les habían dicho de la colocación del DIU y de éstas, un 30% dijeron haberse enterado un mes o más después del parto, de que tenían el método (Aparicio 1993).

Como nuestro problema de investigación trata específicamente de la imposición de métodos anticonceptivos sin el consentimiento de la

miento de las acciones de información, educación y comunicación en materia de Planificación Familiar.

⁴ El autor citado no señala de qué año.

⁵ El autor citado no da más referencias de la encuesta a la que se refiere. Esta encuesta también se menciona en Juan Guillermo Figuroa, Ricardo Aparicio. “El abandono de la anticoncepción (Anticoncepción)”. En: *Demos. Carta Demográfica sobre México*. 1991, México, D.F.

usuaria, a continuación veremos más detenidamente el concepto de consentimiento informado y de qué manera se puede entender como un derecho reproductivo.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La definición médica de lo que es el consentimiento informado es “permiso obtenido de un paciente para la realización de métodos o pruebas específicas...”.⁶ Sin embargo, el concepto es mucho más complejo. Los requerimientos formales para el consentimiento informado surgen de dos contextos: los estándares que gobiernan la medicina clínica y los estándares que gobiernan la investigación que involucra a sujetos humanos. La preocupación moderna por el consentimiento informado creció gradualmente después de la crueldad con la que médicos prominentes de la Alemania nazi experimentaron con sujetos humanos.

Fue precisamente en los juicios de Nuremberg, relativos a los crímenes cometidos por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial, que surgió el Código de Nuremberg. Este código definió los requisitos indispensables para llevar a cabo experimentos con personas y en primer término, estableció que el consentimiento otorgado por los sujetos debe ser voluntario, competente, informado y comprensivo.

En 1964, la Asociación Médica Mundial adoptó un nuevo código, más completo, para que el consentimiento informado fuera un requisito central para la investigación ética. Éste sería la Declaración de Helsinki, que en su párrafo I.9 dice: “En cualquier investigación sobre sujetos humanos, cada sujeto potencial debe ser informado adecuadamente sobre los propósitos, métodos, beneficios anticipados y riesgos potenciales del estudio así como de las incomodidades que pueda tener y de que tiene completa libertad para abstenerse de participar en la investigación” (Faden y Beauchamp 1986: 151-156). Estos principios, que surgieron para el campo de la investigación, fueron adoptados posteriormente para los servicios de salud.

El Grupo de Estudio sobre Elección Informada de los Organismos de Cooperación (OC), integrado por representantes de 17 organizaciones que trabajan en programas internacionales de planificación familiar,

⁶ Enciclopedia Mosby de medicina y enfermería, tomo 2, Oceorio, España, 1983.

acordó una serie de recomendaciones para promover la elección informada en los países en desarrollo. La primera recomendación fue elaborar una definición ampliada de la Elección Informada que reproducimos íntegramente a continuación, ya que será la definición del concepto que utilizaremos.

“Por elección informada se entiende el acceso eficaz a información sobre opciones de procreación y a la orientación, los servicios y los productos para ayudar a las personas a elegir y utilizar un método apropiado de planificación familiar si así lo desean. El Grupo de Estudio de los Organismos de Cooperación amplió la definición de elección informada para que incluyera no sólo la elección de métodos de planificación familiar sino también varias opciones de procreación, incluida la posibilidad de elegir el embarazo. Por consiguiente, la elección informada comienza antes de la elección de un método en particular, en el momento en que una persona, ya sea hombre o mujer, se da cuenta por vez primera de que existe un medio para controlar su fecundidad”.⁷

A pesar de que en esta definición se utiliza el concepto de *elección informada* y no de *consentimiento informado*, seguiremos utilizando este último ya que es el que usan la mayoría de los teóricos que trabajan sobre el tema. Desde luego que *consentimiento* y *elección* no son sinónimos, ya que el primero significa aceptar y la segunda optar por algo, pero consideramos que el consentimiento informado constituye un paso previo para llegar a la elección informada. Resulta interesante constatar que dentro de los factores que limitan el ejercicio del consentimiento informado, el grupo de estudio señala el de la fijación de un objetivo en los programas de planificación familiar, que lleva a los proveedores a poner más énfasis en algunos métodos así como los incentivos monetarios que se les ofrecen a los clientes para que adopten métodos específicos. El primer factor ya lo mencionamos anteriormente, y el segundo será evidente en el análisis de la incidencia de transgresiones al consentimiento informado en nuestro país.

Es importante señalar que en México sólo se puede sancionar la conducta que se encuentra explícitamente en la leyes o tratados internacionales, es decir, el derecho positivo. Por esta razón resulta necesario in-

⁷ Informe del Grupo de Estudio de los Organismos de Cooperación sobre Elección Informada, resumen ejecutivo. Mimeo, p. 1.

vestigar cómo se encuentra el consentimiento informado en la legislación mexicana y ése será el tema del siguiente apartado.

MARCO JURÍDICO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En las leyes mexicanas encontramos varios elementos que protegen los derechos reproductivos en general y el consentimiento informado en particular.

Los derechos reproductivos tal como se encuentran en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos abarcan varias garantías:

- I. El derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos. (art. 4, párrafo 3).
- II. El derecho a recibir información sobre la planificación familiar. (art. 4, párrafo 3).
- III. El derecho a la protección de la salud. (art. 4, párrafo 4).

Estos derechos se encuentran también en varias leyes mexicanas así como en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer que firmó México en 1981.

I. El derecho a decidir

- En la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, México se comprometió a asegurar que tanto los varones como las mujeres tendrán los mismos derechos a decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos.

- En la Ley General de Salud, con respecto a la planificación, se establece que los servicios que el Estado presta en este rubro son un medio para el ejercicio, con pleno respeto a la dignidad humana, de los derechos reproductivos (artículo 67 de la ley).

- En el artículo 18 del Reglamento de la Ley General de Población, se señala que “los programas de planeación familiar sólo son indicativos y... de ninguna manera se identificarán los conceptos de planeación familiar con el control natal o con otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas que impidan el libre ejercicio de los derechos reproductivos”.

- Es importante señalar que en sus códigos civiles, casi todas las entidades federativas contemplan, como parte de los deberes y derechos que surgen del matrimonio la facultad de decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos.

II. El derecho a la información

- Al firmar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), México se comprometió a garantizar que la mujer tendrá acceso al material informativo que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, material en el que se incluye la información y el asesoramiento sobre planificación familiar. Esto se encuentra también en el multicitado artículo cuarto constitucional.

- El artículo 67 de la Ley General de Salud declara que la planificación tiene carácter prioritario y que en sus actividades se debe incluir la **información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes**.⁸

- La sección segunda del capítulo segundo del Reglamento de la Ley General de Población está dedicada a la planeación familiar, definida como un derecho en los términos constitucionales, con la precisión de que este derecho incluye la obtención de la información especializada (artículo 18). El artículo 19 de este ordenamiento estipula que la educación e información sobre planificación familiar deberá dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberá incluir la orientación sobre los problemas de salud que provocan la infertilidad y los medios para resolverla. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes.

III. El consentimiento informado

Aunque este concepto esté íntimamente ligado a la facultad de decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos, queremos enfatizar que en nuestras leyes está estipulado que la/el usuaria/o de algún méto-

⁸ Las negritas son de la autora.

do anticonceptivo deberá dar su consentimiento para la aplicación de los métodos. Cuando se trate de un método definitivo, el consentimiento deberá darse por escrito.

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer estipula que los programas de atención de la planificación familiar deberán proporcionar la gama más amplia de servicios sin ningún tipo de coacción.

Uno de los hallazgos de esta investigación es que el mandato de la Convención no se cumple, ya que en los centros de salud se favorece el DIU y la salpingoclasia, que son dos métodos controlados por el médico y no por la usuaria y, como veremos más adelante, sí se dan muchos casos de coacción para que las usuarias acepten estos métodos.

- En la Ley General de Salud encontramos que, en virtud de que se trata de la libre decisión sobre la maternidad, se señala que “quienes practiquen esterilización sin voluntad de la paciente, o ejerzan presión para que ésta la admita, cometen un ilícito que es sancionado en los términos de la propia Ley de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”. (art. 67). Por ello se establece que para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de las personas solicitantes, previa información que se les proporcione sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias, independientemente de que se deberán practicar de conformidad con las normas técnicas correspondientes (artículos 119 y 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.)

- El artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Población estipula que los servicios de salud, educativos y de información sobre programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

- En la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (5.4.2.7) encontramos que la aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

*IV. El derecho a los servicios
(derecho a la protección de la salud)*

- En la CEDAW se establece que dentro de los compromisos derivados de este Convenio, también está la adopción de medidas apropiadas para asegurar a la mujer, ya sea en el medio urbano o en el rural y sin discriminación alguna, el acceso a los servicios médicos y a la planificación familiar y, por último, se comprometió a asegurar que tanto los varones como las mujeres tendrán los mismos derechos a decidir de manera libre y responsable el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

- La Ley General de Salud en su artículo 27 fracciones IV y V considera, en la misma línea constitucional de protección de la salud, que tanto la atención materno-infantil como la planificación familiar son servicios básicos de salud.

- El artículo 68 de la Ley General de Salud señala que los servicios de planificación incluyen: la promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población; la atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado, y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población; el apoyo y fomento de las investigaciones en materia de anticoncepción y biología de la reproducción humana; la participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y la recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

- El artículo 67 de la Ley General de Salud dispone que los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

- El artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Población establece que los servicios de salud, educativos y de información sobre

programas de planificación familiar garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

- El artículo 18 del Reglamento de la Ley General de Población dispone que la planificación familiar es un derecho que incluye la obtención de servicios idóneos.

- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en su artículo 118 establece que la información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, que presten las instituciones de los sectores público, social y privado será enteramente gratuita y de conformidad con las normas técnicas que emita la Secretaría.

- La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar en el párrafo 5.4.2.5 dispone que la consejería⁹ debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y poscesárea, cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Como vemos, sí existen fundamentos en nuestras leyes para proteger a todas las personas y en especial a las mujeres contra la imposición no consentida de algún método anticonceptivo.

El principal problema es que no existen los mecanismos suficientes para *defender* a las mujeres en caso de que sufran una transgresión al consentimiento informado. Efectivamente, no existe el delito de “imposición no consentida de un método anticonceptivo”, por lo que el reclamo de este tipo de transgresiones por la vía judicial se limita al delito de lesiones (difícil de comprobar y con una penalidad baja) o por la vía civil, si se demanda la reparación del daño moral. Esta segunda opinión es la vía por la que ha optado el abogado Pedro Morales, que defiende dos ca-

⁹ Párrafo 5.4.1 Definición: La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

sos de violación al consentimiento informado, aunque hasta el momento sin resultados positivos.

Las otras vías que existen son la Comisión de Derechos Humanos (Nacional o Estatal), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o las instancias propias de los mismos hospitales (IMSS o ISSSTE). Aquí el problema es que tales instancias no tienen poder coercitivo. Por ejemplo, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) tiene facultades sólo para emitir recomendaciones en caso de que considere que se transgredió un derecho humano, pero la instancia responsable no está obligada a aceptar la recomendación ni mucho menos a reparar el daño causado a la víctima. En el caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la solución que ofrecen es la conciliación o el arbitraje (sólo si ambas partes así lo solicitan expresamente), pero en los casos que revisamos, no hubo un solo arbitraje. En las conciliaciones, si el médico o el hospital responsable niega los hechos, se da el caso por concluido al no haber llegado a ningún acuerdo. Con esto resulta evidente un gran vacío en nuestro sistema de justicia, ya que no hay a dónde acudir en caso de imposición de un método anti-conceptivo, aunque se trate de una transgresión flagrante a nuestras leyes.

Otro problema es la falta de conocimiento de la población de que son sujetos de derechos reproductivos. El 23 de marzo de 1998 se llevó a cabo en el Consejo Nacional de Población una encuesta telefónica de alcance nacional. La encuesta se levantó con 500 cuestionarios. Para seleccionar a los entrevistados se procedió primero a la elección de números telefónicos a través de un procedimiento probabilístico y aleatorio. En cada teléfono en muestra se eligió una persona mayor de 18 años. Los números telefónicos seleccionados se generaron a partir de una base de datos obtenida de los directorios de Teléfonos de México que contienen las series con que se inician los números telefónicos de cada localidad donde existe este servicio. El procedimiento anterior garantizó que todos los teléfonos residenciales tuvieran la misma oportunidad de ser seleccionados.

Los reportes de esta encuesta señalaron que: la población asocia vagamente la palabra derechos reproductivos con aspectos específicos sobre planificación de la familia. A la pregunta “¿Ha oído usted hablar sobre una serie de derechos que tenemos los hombres y las mujeres en relación con nuestra reproducción?”, la población sólo reconoció espontáneamente como derechos reproductivos: “decidir cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos” (27%) y el “derecho a decidir cuándo ya no quiero tener más hijos” (6%).

Cabe aclarar que las preguntas planteadas podían generar respuestas vagas ya que sin conocer el término “derechos reproductivos” puede tenerse una percepción de ciertos espacios que no pueden ser violentados por terceras personas y en la contraparte, puede conocerse el concepto y no asociar tan directamente ciertas conductas como ilícitas y que por ende requieren de cuidado y defensa.

TESTIMONIOS

Si comparamos el número de quejas presentadas en las diversas instancias con las denuncias que aparecen en los periódicos, queda claro el porcentaje de mujeres que llegan a denunciar las violaciones al consentimiento informado es muy bajo y es más bajo aún el porcentaje de mujeres que tiene éxito en sus demandas, es decir, que obtiene alguna reparación del daño.

Como el objetivo de esta investigación se centra en conocer el marco jurídico del consentimiento informado y de las instancias de denuncia, el trabajo de campo que se realizó servirá para ilustrar la experiencia de tres mujeres que no denunciaron y de dos mujeres que sí denunciaron. En el caso de las mujeres que siguen actualmente un juicio por la imposición forzada de un dispositivo intrauterino, lo que relataremos es el punto de vista jurídico del abogado que está litigando estos juicios. No fue posible entrevistar directamente a las quejas pero el testimonio del abogado será de mucha utilidad para conocer las motivaciones y las dificultades existentes. Se trata de casos excepcionales, en el sentido de que son posiblemente las únicas dos quejas que han llegado a un juicio civil por imposición de métodos anticonceptivos sin consentimiento. De llegar a ser exitosas, sentarán sin duda un precedente importante.

El uso de métodos anticonceptivos es un tema muy privado del que las personas no hablan con mucha facilidad. En el caso que estamos estudiando, en que las mujeres no eligieron libremente el método que querían usar y no denunciaron la imposición, resulta aún más difícil porque se trata de un incidente desagradable en sus vidas. Por esta razón, elegí entrevistar a mujeres que conozco desde hace algún tiempo y que me tienen confianza. Además, me pareció interesante que fueran mujeres de un nivel socioeconómico medio-alto para demostrar que las transgresiones al consentimiento informado ocurren incluso contra

usuarias que tienen un alto nivel de educación y que aun así no saben que se les está violando un derecho. Esto nos puede llevar a pensar que las mujeres que no tienen un nivel alto de educación (la mayoría en nuestro país) son mucho más vulnerables al abuso, por lo que se hace patente la necesidad de difundir el mensaje de que la elección de un método anticonceptivo o la decisión de no usar ninguno es un derecho de toda mujer.

LAS MUJERES QUE NO DENUNCIARON

Entrevisté a tres mujeres que sufrieron una transgresión a sus derechos reproductivos y que no denunciaron: dos por salpingoclasia y una por dispositivo intrauterino. En un primer momento se presentan los datos principales de cada caso y posteriormente, se anotan las similitudes de los tres, para ver si se pueden detectar las razones por las cuales no se denunciaron estos hechos.

LOS RELATOS DE LOS HECHOS

1) Eloísa

Eloísa tiene 37 años, es licenciada en agronomía de la UAM-Xochimilco y tiene dos hijos. Su segundo hijo nació hace nueve años en un hospital privado de Acayucan, Veracruz, por cesárea. Durante el embarazo sólo acudió dos veces con el ginecólogo y le fue programada la cesárea. En estas dos citas nunca le preguntaron si quería optar por algún método anticonceptivo después de la cesárea ni tampoco le explicaron entre qué métodos podía escoger y cuáles eran sus características. Todavía el día de hoy dice que no sabe exactamente qué le hicieron, si “nada más la amarraron o si la cortaron”.

Su segundo embarazo no fue planeado, enterarse de que estaba embarazada le provocó una tristeza muy grande. En estas circunstancias, en que estaba deprimida, mal con su pareja y mal económicamente, les preguntan, a ella y a su exmarido, si quieren la salpingoclasia. Cabe señalar que el momento preciso en que le preguntaron si quería la salpingoclasia fue cuando todavía tenía el bloqueo de la cesárea y el bebé acababa de nacer. Nunca firmó la hoja de consentimiento.

2) Marta

Marta tiene 38 años y es educadora. Le practicaron la salpingoclasia hace 13 años, paralelamente a la cesárea por la que nació su segundo hijo, en un hospital del Seguro Social. Relata que en sus dos embarazos subió mucho de peso, lo cual le causó algunos problemas de taquicardia, pero en su opinión no se trataba de embarazos de alto riesgo. Al momento de la cesárea, el doctor le dice que de una vez le va a hacer la salpingoclasia, “por su seguridad”. Le dice que ya tiene dos hijos saludables y que es lo más recomendable. Llamaron a su esposo para preguntarle si está de acuerdo y él dice que es decisión de ella. En el relato de Marta nunca aparece que haya aceptado la operación y desde luego no firmó la hoja de consentimiento. Habla de la mala atención que recibió después de la cesárea y la salpingoclasia, ya que fue “abandonada en el último rincón”. Cuando despertó, le informaron que le habían practicado la salpingoclasia y que su hijo estaba gravísimo, en peligro de morir.

3) Marcela

Marcela tiene 39 años y tiene estudios incompletos de licenciatura en traducción. Su primer embarazo fue hace 16 años y le colocaron un dispositivo intrauterino post-parto sin su consentimiento. Ella acudía con un médico particular, pero por su situación económica, decidió atenderse del parto en una clínica del Seguro Social. Después de 18 horas de trabajo de parto dio a luz y al recuperarse el médico le informó que le había colocado un dispositivo intrauterino. Al preguntar ella por qué, el médico le dijo que para evitarle la preocupación de quedar embarazada de nuevo. Marcela acudió con su médico particular para retirarse el DIU, pero éste le dijo que no se lo podía quitar antes de un año porque le podría desgarrar la matriz.

ANÁLISIS DE LOS TRES CASOS

Estas entrevistas podrían dar una idea de los motivos por los cuales no se denuncian las violaciones a los derechos reproductivos. Se trata de mujeres urbanas de nivel socio-económico medio-alto, con estudios universitarios, o sea, que gozan de una situación privilegiada. Si ellas se enfrentaron a estas situaciones podemos imaginarnos que las mujeres que cuentan con menos recursos son todavía más vulnerables.

1) El conocimiento previo de los métodos anticonceptivos

Llama la atención que las tres mujeres entrevistadas hablan de un conocimiento muy escaso sobre los métodos anticonceptivos, al momento en que ocurre la imposición forzada. Ninguna de las dos mujeres que sufrieron una salpingoclasia conocía bien el nombre de esta intervención ni en qué consistía el procedimiento.

Eloísa dice que no sabe si la cortaron o sólo la amarraron, mientras que Marta relata que el médico le dijo: “te corté, te ligué, te amarré, todo lo que sea posible para que no vuelvas a tener hijos”. En el caso de Marcela, se queda con el dispositivo que le pusieron sin su consentimiento por un año, aunque en realidad se lo pudieron haber quitado sin ningún problema en su siguiente menstruación o incluso al día siguiente de haber parido. En los tres casos es patente un desconocimiento sobre el uso de métodos, así como una dependencia total del médico.

Eloísa menciona que quedó embarazada de su primera hija a pesar de haber tomado anticonceptivos “porque es muy fértil”. Sin embargo, como ella misma lo dice, no tomaba las pastillas con regularidad sino que podía “tomar cuatro y dejar una, tomar cinco y dejar dos”, por lo que queda claro que no conocía la manera correcta de usar anticonceptivos hormonales.

Marta señala que quedó embarazada la segunda vez cuando le quitaron el dispositivo que había traído por tres años sin revisárselo nunca, porque el médico no le dijo “te tienes que cuidar”, y ella pensó que por la inflamación que tenía no quedaría embarazada.

Marcela resultó embarazada de su primer hijo usando métodos locales y “un poquito siguiendo el ritmo”. Ella misma habla de su falta de educación sexual, ya que no recibió información alguna de su madre, ni de su médico, ni del hospital donde tuvo a su hijo. Lo único que conocía del uso de métodos anticonceptivos era lo que le habían enseñado en la escuela de monjas donde estudió la secundaria y la preparatoria.

2) La conciencia de sus derechos reproductivos

A pesar de que las tres entrevistadas tuvieron la sensación de que no estaba bien que el médico decidiera por ellas la utilización de un método anticonceptivo, queda la impresión de que no tenían una conciencia muy clara de la magnitud del daño que les estaban haciendo al negarles el derecho fundamental de decidir cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y cómo evitarlos.

Eloísa dice que al momento de practicarle la salpingoclasia sin su consentimiento y sin darle información, no sabía cuál era su derecho; siempre se le hizo muy latoso el uso de anticonceptivos y recientemente se enteró de la importancia de usar condones, aunque no tuviera riesgo de quedar embarazada. El único momento en que se arrepintió de que le hubieran hecho la salpingoclasia fue cuando inició una nueva relación de pareja en la que pensó que no tener más hijos podría ser una limitante. Al igual que las otras dos entrevistadas, dice que era muy joven y que no le dieron tiempo para pensar si quería o no la salpingoclasia. Sin embargo, no parece reconocer la responsabilidad del médico y más bien dice que fue una decisión tomada “al vapor” por ella. Parece darle más peso al hecho de que en ese momento la salpingoclasia era la mejor opción por su situación personal y no que la decisión debió haberla tomado *ella* libremente y no en el momento transcesárea y sin información.

Marta tampoco se dio cuenta de que le estaban transgrediendo un derecho. Incluso llegó a sentir culpa por la decisión que se había tomado cuando quiso tener otro hijo. Ahora es muy fuerte su sentimiento de que fue víctima de un abuso cuando dice “No están manejando un objeto, están manejando un cuerpo, un ser humano que tiene sentimientos, que tiene sus propias decisiones, que no les pertenece ese cuerpo por mucho que estén metiendo las manos en ese momento”.

Marcela sí llegó a considerar que le estaban violando un derecho y sí pasó por su cabeza decir “Bueno, es que debieron haberme preguntado antes”, pero según sus propias palabras, estaba “muy inmadura” y no tenía la suficiente información sexual ni anticonceptiva.

3) ¿Por qué no denunciaron?

La respuesta más obvia a esta pregunta se encuentra en el apartado anterior en que vemos que las entrevistadas no tenían plena conciencia de sus derechos. Este dato se confirma con los resultados obtenidos de la encuesta telefónica, en la que observamos que la mayor parte de las personas no conocen sus derechos reproductivos.

Sin embargo, encontramos otros indicios de por qué no denunciaron. En los casos de Eloísa y Marta, es importante señalar que en algún momento sí dieron su consentimiento, aunque lo hayan dado sin la información previa suficiente y en momentos muy difíciles, es decir, *durante* la cesárea. Ahora a ellas les queda claro que el procedimiento fue irregular, pero en el momento en que fueron intervenidas se quedaron con

la impresión de que fue decisión de ellas, aunque ciertamente reconocen que ésta fue tomada apresuradamente, “al vapor”, como dice Eloísa.

Resultó interesante observar en las tres entrevistadas que de alguna manera quisieron justificarse ante mí, como si sintieran cierta culpa por no haber denunciado los hechos o por haber tomado una decisión apresurada. Las tres alegan que eran muy jóvenes e inmaduras y en el caso de Marta y de Marcela, cuando les pregunto si de sucederles el día de hoy algo semejante denunciarían, me responden inmediatamente y de manera enfática que sí. Eloísa es la que parece dudar, ya que actualmente (al igual que las otras dos) no tiene pareja y piensa que no tendría caso denunciar, porque de todas maneras no tendría con quien tener más hijos. Parece ser que ella toma en cuenta solamente la capacidad biológica de tener o no más hijos y no la importancia de la manera en que dio su consentimiento que, como recordamos, nunca fue por escrito y eso en sí ya constituye un ilícito previsto en la Ley General de Salud. Desde luego debemos señalar que la firma no siempre es garantía de que se dio el consentimiento informado pero sí es un requisito mínimo señalado por la ley.

Otro elemento importante que parece influir en su decisión de no denunciar es que para ninguna de ellas “era la prioridad en ese momento”. En los tres casos la imposición forzada o irregular del método anti-conceptivo se dio en el postparto o postcesárea y cada una de las entrevistadas tenía un bebé recién nacido. Para Marta la situación era más dramática todavía por la gravedad en que se encontraba su hijo recién nacido, al grado que le dijeron que probablemente no sobreviviría. Aquí encontramos una actitud típicamente femenina (me refiero al género y no al sexo, es decir, algo aprendido y no natural) en que la madre piensa primero en su hijo y después en ella misma. Eloísa y Marcela, por otra parte, se enfrentaban a una situación económica difícil; para la primera esto se veía agravado por la depresión que sufría y por la convicción de que no quería volver a tener hijos *con esa pareja*.

4) Su conocimiento de las instancias de denuncia

Todas las entrevistadas parecen tener una idea de que existen instancias a las que pueden acudir y organismos de apoyo a las mujeres aunque no los conozcan por nombre. Igual que en la encuesta telefónica, vemos que la primera instancia que mencionan es la Comisión de Derechos Humanos (no especifican si la Nacional o la del Distrito Federal), lo que parece indicar que esta institución ha tenido éxito en su difusión por los me-

dios. Marta menciona también que denunciaría en el propio hospital, no para obtener la reparación del daño, sino para que fueran conscientes en su trato con las mujeres y para que esto no volviera a ocurrir.

Marcela también menciona que pediría orientación a una abogada mujer y esto refuerza la idea, también señalada por las entrevistadas, de que estas transgresiones son práctica común en nuestro país y ocurren, precisamente, porque las afectadas son mujeres. Marta señala incluso que aunque el trato de las enfermeras puede ser brusco, no llega nunca a ser tan despectivo hacia las pacientes como el trato de los médicos quienes llegan a ofender, por ejemplo, cuando les dicen “A ver si como estabas de contenta cuando metiste esa criatura, puedes estar igual”, o “Te dije que te cuidarás, te dije que ya te iba a poner el aparato, para qué te lo fuiste a quitar”.

Finalmente, es importante señalar que ante la pregunta expresa, las tres entrevistadas opinan que la decisión sobre el control de la fecundidad debe ser en primer lugar de la mujer, en algunos casos puede ser en conjunto con la pareja pero nunca debe ser decisión del médico.

LAS MUJERES QUE SÍ DENUNCIARON

Aunque desafortunadamente no fue posible entrevistar a las dos mujeres que llevaron sus quejas por imposición forzada de DIU hasta la vía civil, podremos analizar sus casos a través de la entrevista que se realizó a su abogado y por los testimonios que rindieron ante el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996. Este Tribunal, aunque no fue una instancia del sistema judicial mexicano, fue muy importante, porque se formó por varias organizaciones no gubernamentales que se unieron por primera vez para denunciar los casos de transgresión a los derechos reproductivos y apoyar a las mujeres que así lo quisieran para presentar denuncias formales ante el Ministerio Público o demandas por la vía civil.

Antes de entrar al análisis de estos dos casos, creo que es significativo el hecho de que no hayan accedido a ser entrevistadas. En el caso de las mujeres que nunca habían denunciado, me sorprendió su disposición y apertura para hablar de lo que les había sucedido, al grado que en los tres casos, después de haber apagado la grabadora y terminada oficialmente la entrevista, siguieron hablando de temas como la pareja, la se-

xualidad, los hijos e incluso la interrupción voluntaria del embarazo. Creo que para ellas quizás fue la primera oportunidad que tuvieron para hablar de lo que les había sucedido y cuestionarse sobre lo que esto significaba. En cambio, para las mujeres que llevan por lo menos cuatro años luchando contra el sistema de impartición de justicia para que se reconozca que se cometió un daño en su contra, es posible suponer que ya están cansadas de repetir su historia y no ven ventaja alguna para ellas en hacerlo una vez más.

LOS RELATOS DE LOS HECHOS

Fue en el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos donde por primera vez se dieron a conocer públicamente los casos de Alicia de 39 años y Cecilia, de 27 años.¹⁰ La siguiente es una transcripción textual de los relatos, según aparecen en el Dossier de casos del Tribunal.

1) Alicia

“Alicia acudió a la consulta de control prenatal a la clínica de Gineco-Obstetricia de la Unidad Médica Tlaxelolco. En la última consulta el médico le preguntó si quería hacerse la salpingoclasia, a lo que ella contestó que no. Alicia comenta que el médico la presionó para que aceptara la esterilización, argumentando su edad; ante la negativa, el médico le propuso la colocación del DIU, negándose ella nuevamente. La decisión de Alicia quedó escrita en la hoja de canalización para el parto.

Alicia tiene tipo de sangre Rh negativo, por lo que se le programó para practicarle una cesárea. Después de ésta, tanto ella como su bebé estuvieron bien de salud y comenta que durante las visitas de los médicos se sintió constantemente hostigada, presionada e incluso regañada por no haberse practicado la salpingoclasia, incluso le llamaron “irresponsable”.

Ella les contestaba que sabía lo que estaba haciendo y que existían otras formas para prevenir un embarazo, no sólo la que en el IMSS querían imponerle.

Por los comentarios de los médicos y la hoja de alta que le dieron, ella estaba segura que no le habían colocado el DIU. Sin embargo, ya en su ca-

¹⁰ No son sus verdaderos nombres.

sa, cuando se estaba bañando, percibió los hilos del dispositivo, lo que la llenó de indignación.

Alicia acudió inmediatamente con su médico familiar al IMSS, quien dudó de su capacidad para autoidentificar la presencia del DIU, diciéndole: “usted no sabe y en su hoja de alta aparece que no se lo pusieron”.

Frente a la insistencia de Alicia, el médico la remitió al servicio de Planificación Familiar porque a él no le correspondía retirar el DIU, en donde no fue atendida por ausencia de personal.

Alicia, quien conoce sus derechos reproductivos, se sentía cada vez más violentada.

Actualmente Alicia está llevando un proceso legal de denuncia en donde se tiene que enfrentar a ser revisada por médicos legistas para comprobar que tiene colocado el DIU. Situación que, debido al retraso en los trámites, ha llevado a Alicia a padecer las consecuencias de continuar con el dispositivo en su cuerpo, como son dolores muy fuertes e inflamación de vientre”.¹¹

2) Cecilia

“Cecilia acude a sus consultas prenatales en el IMSS, en donde se diagnostica embarazo de evolución normal y se le canaliza a la clínica No. 13 para su atención de parto.

En la última consulta de control prenatal, el médico le pregunta si desea que se le aplique DIU post-parto, a lo que ella se niega, quedando constancia de esta decisión en el pase de ingreso hospitalario.

Después de haber sido atendida de parto y encontrándose en el piso de recuperación, el médico de guardia le informa que se le había colocado el dispositivo intrauterino. Ante este hecho, Cecilia reacciona con asombro e indignación demandando el nombre de la médica que la atendió de parto y que le aplicó el dispositivo. Al momento de su alta no existió ningún documento que proporcionara el nombre de dicha médica.

Más tarde, debido a una experiencia previa de embarazo con dispositivo y al enojo por la imposición de este método, Cecilia acude con una médica particular para revisión quien le diagnostica erróneamente dispositivo traslocado.

¹¹ Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, mayo de 1996, *Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, Dossier de casos*, mimeo. p. 12.

Ante la imposibilidad económica de continuar atendándose en una institución privada y superando el miedo de exponerse nuevamente a una violación a sus derechos, Cecilia y su esposo se ven obligados a acudir al Seguro Social para que le sea retirado el DIU.

La pareja refiere que toda esta situación les provocó alteraciones emocionales que no olvidarán¹².

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS SEGÚN LA ENTREVISTA AL ABOGADO RESPONSABLE

El licenciado Pedro Morales fue contactado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) para llevar los casos de Alicia y Cecilia, demandando la reparación del daño moral por la vía civil. Cabe señalar que aunque fueron 16 los casos que se presentaron ante el Tribunal, sólo estas dos mujeres estuvieron dispuestas a continuar en la lucha después de que las denuncias penales y las quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos no prosperaran.

El primer caso empezó en 1997 y se logró probar en juicio que la implantación del DIU había sido en contra de la voluntad de la mujer, ya que se pudo probar que la firma de autorización había sido falsificada. En primera instancia, la juez consideró acreditada la transgresión a la libertad reproductiva, pero al mismo tiempo considera que la mujer incurrió en un “abuso de su libertad reproductiva”, por lo que cuantifica el daño en 450 pesos. En contra de esta resolución se interpuso un recurso de apelación y el Tribunal confirmó que había, de parte de la mujer, *un abuso de su libertad reproductiva*. En contra de esto se interpuso un juicio de amparo directo y el tribunal correspondiente validó la sentencia, considerando que la interpretación dada por la Sala a la libertad reproductiva había sido correcta. En contra de esto se interpuso un recurso de revisión.

El segundo juicio empezó en 1998 y en opinión del juez le correspondía a la mujer probar una serie de aspectos para acreditar que había sido una imposición sin su consentimiento. Al valorar la declaración de la doctora que había implantado el dispositivo intrauterino y la declaración del representante legal del Seguro Social, el juez considera que no se

¹² Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, mayo de 1996, *Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, Dossier de casos*, mimeo. p. 40.

probó la imposición sin consentimiento. En contra de la determinación del juez se interpuso un recurso de apelación, el cual fue resuelto en contra de la demandante en primera instancia y actualmente está pendiente un recurso de amparo en contra de esa sentencia.

A pesar de las dificultades que se han presentado, Pedro Morales sigue considerando que actualmente la vía civil es la mejor opción para litigar los asuntos relativos al consentimiento informado. En su opinión, la razón por la que no prosperaron las denuncias por la vía penal es que no estaba tipificado el delito de imposición forzada de un método anticonceptivo. Esto deja la posibilidad de interponer la denuncia por lesiones, que es muy difícil de acreditar en estos casos o de responsabilidad profesional pero éste sólo es un agravante en presencia de otro delito tipificado.

También acepta que la Comisión Nacional de Derechos Humanos podría funcionar adecuadamente sólo si estuviera completamente desligada del Estado. En los casos que él ha llevado, la CNDH no sólo no emitió recomendaciones, sino que entorpeció el juicio al negarse a entregar copias de los expedientes de las quejas para el juicio civil, argumentando la confidencialidad de la información. Finalmente, y mediante sentencia de juicio de amparo, sí tuvieron que entregar copias de los expedientes.

Cabe señalar que Pedro Morales es el único abogado que conocemos que está litigando casos de transgresión al consentimiento informado que surgieron del Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos. Esto se debe posiblemente, como él mismo lo dice, a que la formación de los abogados en materia de derechos humanos es deficiente y también a que, hasta el día de hoy, no lo han llegado a ver como un campo de trabajo lucrativo.

Pedro Morales, al igual que las tres entrevistadas, considera que la imposición forzada de anticonceptivos es una práctica sistemática y recurrente en nuestro país. En su opinión, concurren dos factores principalmente. El primero de ellos es que en los servicios de salud del Seguro Social, no les conviene tener más derechohabientes, por lo que tratan de limitar la descendencia de los usuarios actuales. Para esto, existen incentivos para los internistas, a quienes les dan veladas (es decir, descansos de las guardias) por determinado número de DIUS o de salpingoclasias. El abogado también menciona en repetidas ocasiones que el Consejo Nacional de Población es responsable por estas prácticas, porque después de 25 años de campañas masivas en las que se difunde el mensaje de que es mejor tener menos hijos, ya no existe una libertad real de las personas pa-

ra decidir cuántos hijos quieren tener. Estas campañas llegan a condicionar a las personas.

Aunque esta sea la opinión del Lic. Morales, podemos señalar que lo que parece restringir las libertades son los procedimientos seguidos por los proveedores de servicios de salud y las instituciones de gobierno al distribuir los métodos anticonceptivos, más que las campañas mismas que hablan de las ventajas de tener menos hijos y de la existencia de medios para regular la fecundidad cuando las personas así lo deseen.

Por otra parte, menciona que la esterilización es una práctica frecuente en las comunidades indígenas, para controlar su crecimiento demográfico, y señala que existe evidencia de esto en numerosas denuncias que se han hecho en los periódicos. Efectivamente, encontramos más denuncias en los periódicos que en las instancias de queja, lo que refuerza la idea de que actualmente las instancias de denuncia son insuficientes e ineficientes.

Finalmente, al tratar de rescatar, del dicho del abogado, las posibles razones que llevaron a Alicia y a Cecilia a iniciar juicios tan largos con tan pocos resultados, encontramos que se trata de mujeres conscientes de sus derechos reproductivos que, al ser violentadas reiteradamente, lejos de desanimarse, se sienten con más fuerza para seguir adelante, incluso habla de un empoderamiento jurídico.

CONCLUSIONES

La historia del reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres ha sido larga y difícil. Dentro de éstos, consideramos que los reproductivos son especialmente relevantes por varias razones: la reproducción se da en el cuerpo de la mujer, la transgresión a los derechos reproductivos se da principalmente en mujeres y no existen mecanismos eficaces de defensa.

Dentro de los derechos reproductivos que, como hemos visto, pueden abarcar muchos conceptos diferentes, existe la noción de consentimiento informado que se refiere específicamente a la relación médico-paciente y, en el caso que estudiamos, a la elección del método anticonceptivo que se quiere usar. Si bien no se ha reconocido al consentimiento informado como un derecho humano en sí, es importante señalar que se trata de un recurso de derecho positivo indispensable para el ejercicio de algunos derechos humanos.

A lo largo de la investigación que hemos realizado, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. A pesar de que la reproducción se da en el cuerpo de las mujeres, frecuentemente encontramos que nuestros cuerpos son controlados y manipulados por otros, ya sea la pareja, el médico o, de manera indirecta, el gobierno, a través de las políticas de población que fomentan el control de la natalidad, pasando por encima de la voluntad de las mujeres.

2. Actualmente las leyes y tratados internacionales reconocen que el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es un derecho humano, es decir, que tenemos todos los individuos independientemente de la raza, sexo, religión, nacionalidad, credo, preferencia sexual o edad.

3. El derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos implica el derecho a recibir la información necesaria sobre los métodos anticonceptivos que existen y el derecho a elegir qué método anticonceptivo se quiere usar, si es que se quiere optar por algún método, sin presiones de ningún tipo.

4. En México, existen elementos suficientes en nuestras leyes para determinar que el consentimiento informado es un recurso necesario para ejercer ciertos derechos humanos, y en nuestra opinión, sí debería reconocerse como un derecho humano en sí.

5. A pesar de que existe en nuestro país, hay evidencia de que ocurren imposiciones de métodos anticonceptivos, principalmente en mujeres.

6. Esto se debe en parte al conflicto que surge entre los derechos de las mujeres y los intereses del gobierno en controlar el crecimiento de la población, muchas veces por presiones del exterior.

7. A pesar de que el consentimiento informado en la reproducción tiene rango de garantía constitucional en nuestro país, no se han establecido de manera clara las sanciones que se deben imponer cuando ésta se incumple o transgrede, lo que ocasiona que se haga impunemente. Otra razón por la cual no se sancionan las imposiciones forzadas de métodos anticonceptivos es que no existen instancias de queja que puedan resolver estos casos eficientemente, ya que sólo pueden dar recomendaciones (por ejemplo, las Comisiones de derechos humanos), o fungir como árbitros si las dos partes se quieren someter a un arbitraje (como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico).

8. La población en general y las mujeres en particular no conocen su situación jurídica ni saben a dónde acudir para denunciar la imposición forzada de un método anticonceptivo.

9. La violación al consentimiento informado y la insuficiencia de los medios de defensa se deben precisamente a que es un problema que atañe principalmente a las mujeres y es consecuencia de la discriminación que sufren las mujeres en este país.

10. Para solucionar este problema se tiene que atacar por varios frentes. A continuación enumeramos las acciones que se deben tomar para que ya no ocurra la imposición forzada de métodos anticonceptivos:

- 1) Capacitar a las mujeres para que conozcan sus derechos. Esto se puede hacer de manera sistemática con las mujeres que acuden a los centros de salud y se debe reforzar en las campañas de planificación familiar.
- 2) Capacitar a los médicos y a los prestadores de servicios de planificación familiar para que cumplan con su obligación de proporcionar toda la información necesaria a los/las usuarios/as de métodos anticonceptivos y de respetar la decisión que tomen.
- 3) Enfatizar en las políticas de población que aunque se puedan fijar metas para incrementar el número de usuarias de métodos anticonceptivos y disminuir el crecimiento de la población, que la decisión final sobre el uso de anticonceptivos siempre será de la usuaria.
- 4) Tipificar como delito la imposición forzada de métodos anticonceptivos.

Capacitar a abogados y a jueces para que conozcan los derechos reproductivos en general y el consentimiento informado en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- AISENSON KOGAN, Aída (1981), *Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*, México, Fondo de Cultura Económica.
- APARICIO, Ricardo (1993), "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México". *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. II, México.
- BIDART CAMPOS, Germán J. (1989), *Teoría General de los derechos Humanos*, México, UNAM.
- BRONFMAN, Mario, Elsa LÓPEZ y Rodolfo TUIRÁN (1986), "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: La experiencia reciente". México, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1.
- CERVANTES CARSON, Alejandro (1998), "De mujeres, médicos y burócratas: po-

- líticas de población y derechos humanos en México”, *Ética y Salud Reproductiva*, Gloria CAREAGA PÉREZ, Juan Guillermo FIGUEROA y María Consuelo MEJÍA (comps.), México, PUEG, Programa Universitario de Investigación en Salud UNAM, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- DE BARBIERI, Teresita (1999), “Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México” en *Derechos Reproductivos de las Mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, Adriana ORTIZ-ORTEGA (comp.), México, UAM-Xochimilco, Edamex.
- DE BARBIERI, Teresita (1982), “Derechos Humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja”. *II Reunión de Investigación Demográfica en México*, Conacyt, México.
- DE BEAUVOIR, Simone (1993), *El Segundo Sexo. I los hechos y los mitos*, México, Alianza Editorial Siglo XX.
- ENCICLOPEDIA MOSBY DE MEDICINA Y ENFERMERÍA (1993), tomo 2, Madrid, Oceorío, 1983.
- FADEN, Ruth R., Tom S. BEAUCHAMP (1986), *A History and Theory of Informed Consent*, New York, Oxford University, 1986.
- FIGUEROA, Juan Guillermo, Blanca Margarita AGUILAR y Gabriela HITA (1994), “Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos”, en *Estudios sociológicos de El Colegio de México*, México, vol. XII, núm. 34, enero-abril.
- FIGUEROA, Juan Guillermo (1995), “Aproximación al Estudio de los Derechos Reproductivos”. México, *Reflexiones*, Año I, núm. 8.
- FIGUEROA, Juan Guillermo (1996), “La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis” en Carlos GARCÍA MOLINA y Héctor H. HERNÁNDEZ BRINGAS (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca, Mor. Informe del Grupo de Estudio de los *Organismos de Cooperación sobre la elección informada*, resumen ejecutivo. Mimeo.
- LAGARDE, Marcela (1997), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- LAMAS, Marta (1995), “¿Qué se requiere para la defensa de los derechos reproductivos?” en *Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos*, GIRE, México.
- LASSONDE, Louise (1997), *Los desafíos de la demografía*, México, UNAM, FCE.
- LEWONTIN, R.C., S. ROSE y L.J. KAMIN (1991), *No está en los genes: racismo, genética e ideología*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, CRITICA, Grijalbo.
- LINES, Montserrat (1989), *Libre elección o fecundidad controlada*, México, INAH.
- PALMA, Yolanda y Gabriela RIVERA (1996), “La planificación familiar en Méxi-

- co” en A. LANGER y K. TOLBERT (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council/Edamex.
- PÉREZ DUARTE Y NORONA, Alicia Elena (1999), “El marco jurídico de los derechos reproductivos”, en Adriana ORTIZ-ORTEGA (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, UAM-Xochimilco, Edamex.
- RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL (1996), “Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos: Dossier de casos”, mimeo.
- SCAVONE, Lucila (1999), “Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas” en *Género y salud reproductiva en América Latina*, Lucila SCAVONE (comp.), Costa Rica, Libro Universitario Regional.

ABORTO Y APOYO SOCIAL: UN ESTUDIO CON MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS EN EL ESTADO DE MORELOS¹

JOAQUINA ERVITI ERICE²

INTRODUCCIÓN

Las circunstancias particulares y sociales de las mujeres que afrontan un proceso de aborto son importantes para comprender las diferentes experiencias que viven y las distintas capacidades de manejo del problema. Este trabajo pretende aportar elementos que permitan avanzar en la interpretación de la vivencia de las mujeres que presentan un aborto en relación con el apoyo social que reciben a lo largo del proceso. En la primera parte se presentan una revisión de la literatura sobre el tema, así como de los discursos y prácticas de los actores institucionales y sociales vinculados con el aborto, para enmarcar el contexto social y político en el que las mujeres viven su experiencia. A continuación se presentan los resultados de un estudio cualitativo realizado en 1997 con mujeres que atendieron su aborto en hospitales del estado de Morelos. El propósito del estudio fue explorar el papel de las redes sociales en los procesos de búsqueda y obtención de atención del aborto y en la vivencia del mismo, así como la percepción sobre el apoyo social recibido.

En dos grupos de población, se documentan las características de las redes y el apoyo social, sus determinantes y el papel que juegan en la resolución de los procesos de aborto y en la vivencia de los mismos: son, por un lado, mujeres pobres que atienden las complicaciones de un aborto en

¹ Este trabajo contó con el apoyo del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México y de la Organización Panamericana de la Salud. Forma parte del proyecto "Aborto, familia y redes sociales en México", coordinado por el Dr. Roberto Castro, con apoyo financiero de la Carnegie Foundation.

² Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México.

un hospital público y, por otro, mujeres que atienden su demanda de aborto en hospitales privados. A manera de conclusión, se subraya la importancia que tiene el contexto social y legal en la vivencia de todo tipo de abortos por parte de las mujeres, especialmente en los grupos de mujeres que cuentan con menos recursos, tanto económicos como relacionales. Finalmente, se señalan algunos puntos problemáticos sobre los que se podría incidir a través de políticas públicas o reformas legislativas sobre el tema.

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES:
UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

El aborto es un problema social y de salud pública que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, entre las que sobresalen la demografía y la epidemiología que se centran en el conocimiento de la magnitud y distribución del evento, así como de los factores asociados que, con frecuencia, son analizados como las causas del problema. Estas investigaciones buscan la explicación del hecho o las causas del fenómeno del aborto independientemente de los estados subjetivos de los individuos, en este caso esencialmente las mujeres. Los supuestos teóricos sobre los que trabajan son que los abortos son “hechos” o eventos externos a los sujetos y por tanto, objetivamente medibles, donde la aplicación de criterios de confiabilidad y validez, así como de medición y control de los datos observados, permiten predecir las causas del evento y actuar sobre ellas.

En los últimos años se han incrementado los estudios cualitativos sobre aborto que incorporan a los sujetos sociales y toman en consideración tanto los procesos de aborto como las relaciones y mediaciones que intervienen en ellos. A través del análisis de los discursos de las mujeres sobre sus experiencias, sus percepciones, sus significados, se busca la comprensión de las acciones y el sentido de éstas. En estas investigaciones las mujeres son consideradas como sujetos que actúan, deciden, sufren, afrontan una responsabilidad de pareja, la mayoría de las veces en solitario, y donde también los varones son sujetos en la reproducción y sujetos en el aborto. Sus resultados han permitido mostrar identidades y diferencias de las mujeres que presentan abortos, que permite contrastar y afrontar los estereotipos que se manejan en las campañas antiabortistas (Porter, 1996).

Asimismo, estos estudios han mostrado que las mujeres que llegan a los hospitales con un proceso de aborto utilizan determinadas estrategias

para afrontar la estigmatización, entre ellas, el desconocimiento del embarazo, lo que ayuda a presentar sus acciones como actos no intencionales, es decir, que no buscaban la interrupción del embarazo y por tanto, a presentar el aborto como un hecho espontáneo (Nations *et al.*, 1997).

La condena social y legal del aborto unido a la inaccesibilidad de información y recursos para afrontar la interrupción de un embarazo, especialmente en mujeres que viven en condiciones de pobreza, refuerzan la importancia de las redes sociales en la forma de afrontar un proceso de aborto. Se ha documentado que algunas personas como la madre, la pareja, amigas, hermanas, son relevantes para las mujeres que viven un proceso de aborto y que su participación varía en relación con las características individuales, el contexto socio-cultural, la organización social y la dinámica familiar (Llovet y Ramos, 2001). Un estudio con mujeres peruanas que habían presentado un aborto inducido documenta que la pareja y la red social femenina (amigas, hermanas, madre) fueron el principal apoyo de las mujeres ante el aborto (Cardich y Carrasco, 1993). Igualmente, en estudios realizados en contextos de no clandestinidad y ante abortos espontáneos las mujeres refieren a la pareja y la madre como los principales apoyos a nivel físico y emotivo (Cecil, 1994).

Además, la condena social y legal contra el aborto confronta a las mujeres a sus propias representaciones del aborto, conformadas en el marco de una ideología que condena la interrupción de un embarazo, y a la vez las obliga a actuar en la clandestinidad. Para afrontar la culpabilización y el estigma, las mujeres establecen estrategias en el ámbito tanto íntimo, privado o público, como son la omisión de información o negación de la interrupción “voluntaria” del embarazo. Otra estrategia desarrollada es la ambigüedad sobre el conocimiento de la existencia del embarazo, lo que permite a las mujeres asumir sus prácticas como acciones realizadas para “regular” la menstruación, especialmente si la acción es la ingestión de medicamentos o remedios (aborto inducido por vía oral) sin una intervención directa sobre la región genital (Osis *et al.*, 1996; Nations *et al.*, 1997; Mora Tellez, 1995).

La mayoría de estos estudios se realizaron con mujeres que tuvieron un aborto inducido en clínicas privadas, pero poco se sabe de las experiencias y actitudes que asumen las mujeres que acuden en demanda de atención a los hospitales públicos, tanto por un aborto espontáneo como por complicaciones de un aborto inducido, y cómo ellas afrontan esta identidad social estigmatizada y las conductas relacionales que se gene-

ran (Goffman, 1973). Además, y debido a las condiciones de pobreza de la mayoría de las mujeres que llegan a los hospitales públicos, hay que sumar a esta identidad la de “persona de escasos recursos”.

DISCURSOS Y PRÁCTICAS EN TORNO AL ABORTO EN MÉXICO

Contexto legal y político

En México, como en muchos otros países, el aborto es un tema altamente politizado. Las leyes que regulan la práctica del aborto no son de un nivel federal sino que están inscritas en los Códigos Penales de las Entidades Federativas. En todos se tipifica como delito y están redactadas en términos muy restrictivos (Barrón y Nájera, 1997). No obstante, los diferentes códigos penales contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no está penalizada. Todos los estados lo autorizan en casos de violación y en la mayoría, no se penaliza si el embarazo implica riesgo para la vida de la mujer. Además si la mujer tiene “buena fama” se le exime o rebaja la pena. En los códigos penales de algunos estados se despenalizan otras causas como la existencia de malformaciones graves en el feto y/o que el embarazo ocasione grave daño a la salud de la mujer. Solamente un estado, Yucatán, incluye los problemas económicos como una causa que justifica la interrupción legal del embarazo, cuando la mujer tiene al menos tres hijos (Bermúdez 1998; gire 2000a). En 1990, el estado de Chiapas aprobó una legislación que despenalizaba los abortos del primer trimestre. Sin embargo, una semana antes de que la ley entrara en vigor, el Poder Legislativo del Estado cedió a las presiones de un obispo católico y pospuso la promulgación de la ley hasta que fuera evaluada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la cual nunca se pronunció a favor o en contra (Pérez Duarte y Noroña, 1993; Torres, 1995; Tolbert *et al.*, 1996).

El Estado de Morelos, donde se llevó a cabo la presente investigación, realizó recientemente reformas a la ley para incorporar los problemas de malformaciones graves del feto como una causa que permite la autorización del aborto y estableció la obligatoriedad de las instituciones públicas de salud de realizar la interrupción del embarazo en todos los casos previstos por la ley (Periódico oficial “Tierra y Libertad” 2000:2). No obstante y a pesar de este marco jurídico, el acceso de las mujeres al

aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la ley. Como en la mayoría de los códigos penales estatales, faltan los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y son pocos los hospitales con capacidad para atender casos de interrupción legal de un embarazo (GIRE 2000a). Un caso particular que pone en evidencia la inaccesibilidad y atrajo la atención pública fue la negación, por parte de las autoridades de salud de un hospital público de Mexicali, Baja California, de los servicios de atención para un aborto legal a una adolescente de 13 años que había sido violada (GIRE 2000b; Poniatowska 2000). Por otra parte, un caso excepcional, en el desarrollo de una reglamentación que haga accesibles los servicios de atención del aborto para los casos previstos en la legislación, es la ciudad de México que, a través de diferentes lineamientos para los servicios de salud y las autoridades del Ministerio Público, emitidos por el Gobierno del Distrito Federal durante 2002, norma los procedimientos para acceder a la interrupción legal de un embarazo (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2002; Secretaría de Salud del Distrito federal, 2002).

El Estado, a través de la construcción de reacciones de culpabilización y de la tipificación del aborto como delito, controla pero no asume responsabilidades ante la maternidad, y son las mujeres quienes deben asumir y afrontar, muchas veces solas, un proceso estigmatizado socialmente y jurídicamente castigado (Pérez Duarte y Noroña, 1993). La mayoría de las mujeres mexicanas afrontan la experiencia del aborto en condiciones de clandestinidad, lo que conlleva tanto sentimientos de culpa y temor como riesgo para su salud y su vida. Muchas veces en el proceso de aborto las mujeres elaboran una serie de causas reales que disfrazan y justifican los miedos y temores pero no les disminuye la carga de culpas que la sociedad les impone por abortar (Petchesky, 1990; Nations *et al.*, 1997).

Además de las restricciones legales que afrontan las mujeres ante un aborto, éste es considerado inmoral por la mayoría de las religiones, especialmente la católica, reconocida como propia por la mayoría de la población en México. Recientemente, el Papa Juan Pablo II, en documentos (encíclicas) y discursos, ha reforzado la condena del aborto y de los métodos artificiales de control de la natalidad, de forma que tanto las mujeres que abortan como quienes se lo provocan incurrir en un pecado grave que sólo puede ser borrado con el "arrepentimiento definitivo" y la aceptación de la culpa que exige una actitud de condena del aborto (Ri-

vas y Amuchastegui, 1996). La Iglesia católica³ y organizaciones tales como el Comité Nacional Pro-Vida, la Asociación Nacional Cívica Femenina y la Unión Nacional de Padres de Familia realizan amplias campañas contra el aborto a través de los medios de comunicación, utilizando importantes recursos económicos y mostrando imágenes y estereotipos que logran cierto impacto en la población. En estas campañas, se tipifica una imagen estereotipada de las mujeres, construyendo una identidad de asesinas a “las mujeres que abortan” y de grupos que atentan contra la vida humana, a quienes promueven la liberalización del aborto (Cesbron, 1997; Rance, 1997a).

Por el contrario, los grupos feministas apoyan el derecho de la mujer a una maternidad voluntaria y, por tanto, la despenalización del aborto. Estos movimientos feministas han ocupado un espacio importante en la demanda de reconocimiento de los derechos reproductivos, entre ellos el derecho al aborto, a través de movilizaciones desde la sociedad civil y de la participación en las instituciones legislativas (Grupo Cinco, 1991; Tarres 1994). En esta dinámica y embates de los grupos anti-abortistas, el discurso feminista ha ido modificando los argumentos de sus campañas por la liberalización del aborto, en función del manejo que las campañas anti-aborto hacen de sus discursos. De esta forma, lo que en un principio se planteó como el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo se ha ido modificando para colocar nociones de responsabilidad, como la decisión responsable de una mujer para interrumpir un embarazo ante una maternidad que no puede asumir sociocultural o económicamente (Lamas, 1997).

No obstante, frente al discurso dominante de condena del aborto, legal desde el Estado y moral desde la Iglesia católica y los grupos conservadores, el impacto del discurso de los grupos que apoyan la despenalización del aborto en las mujeres es menor, tanto porque cuentan con menos recursos como porque tienen que legitimar su posición e imagen social, ya que “las feministas” han sido presentadas como transgresoras de normas sociales, como es el mandato obligatorio de la maternidad por lo que, según el discurso dominante, van en contra de la moral y la ley.

³ Hablamos aquí de la institución de la iglesia católica, aunque reconocemos la existencia de grupos en su interior como “Católicas por el Derecho a Decidir” que contrastan con las posiciones dominantes de la institución y se ubican entre los grupos que abogan por la despenalización del aborto.

Las instituciones médicas y los médicos

En México, es muy raro que se llegue a condenar jurídicamente a una mujer por abortar (Pérez Duarte y Noroña, 1993), no obstante, las instituciones médicas cumplen un papel regulador y punitivo de la transgresión a las normas y valores sociales, en este caso referidas a la sexualidad y la reproducción. El castigo está garantizado a través de la forma en cómo se atiende y a las condiciones de clandestinidad que conllevan expresiones estigmatizantes y devaluadoras hacia las mujeres que presentan un aborto (González, 1995). Las dificultades que afrontan las mujeres y las sanciones que sufren cuando recurren al aborto son mayores cuanto más humilde es su condición social.

Se ha documentado el papel de la profesión médica en la reproducción de los discursos sociales que condenan el aborto, a través de su interacción con las mujeres en el consultorio, mostrando que la terminología médica está permeada por categorías morales, como es el caso de las categorías médicas de “aborto espontáneo” y “aborto inducido” (Rance 1997b). Ambas están asociadas al discurso moral dominante —libre de culpa el primero, culpabilizador el segundo— y, por tanto, asociadas a la sospecha respecto a la veracidad del relato de una mujer que argumenta que el suyo ha sido un aborto espontáneo. El poder de tales discursos influye negativamente en la disponibilidad y calidad de la atención que se brinda a las mujeres que acuden a los hospitales con abortos incompletos. Además, en estos discursos las mujeres aparecen como únicas responsables de los abortos inducidos y esta valoración, en términos morales negativos para las mujeres, condiciona la forma de atención que se les presta. Esta posición de los médicos no es homogénea y varía en función del contexto, de forma que aunque se evidencian actitudes negativas ante el aborto, condicionadas por el discurso dominante (Lazarus, 1997; González de León 1994), se reconocen también algunas prácticas y discursos de resistencia (Rodríguez y Strickler, 1999) enmarcadas en posiciones de conflicto profesional y personal relacionadas con los diferentes significados del aborto (Roe, 1989).

Además, las restricciones legales han conformado un mercado clandestino del aborto, con procedimientos clínicos de mayor o menor seguridad dependiendo de la capacidad de pago de la mujer. Las mujeres de los sectores socioeconómicos pobres acuden a hospitales públicos, muchas veces, a raíz de complicaciones de abortos clandestinos practicados

en condiciones de higiene precarias y con procedimientos peligrosos. Una mujer que ingresa en un hospital público con un proceso de aborto séptico ya es sospechosa de haberse provocado el aborto y debe afrontar una relación con el personal sanitario condicionada por esa identidad. Según refiere un médico de un hospital público, es común que “las mujeres que sufren una hemorragia interna o dolor severo después de un aborto ilegal se muestren reacias a buscar ayuda médica porque creen que han cometido un crimen. En esas condiciones, la paciente que acude a un hospital institucional sistemáticamente oculta o altera la información por el temor a ser acusada judicialmente o con su familia (...) y se enfrenta a recriminaciones por parte del personal médico y paramédico, aún antes de que le pregunten su nombre” (Valle Gay, 1994: 161). Estas actitudes y prácticas de los médicos y el personal de salud con las mujeres que viven un aborto, condicionadas por las cuestiones morales, legales y sociales del aborto, en los países donde el aborto está penalizado como México, abarcan todas las formas de aborto, tanto inducido como espontáneo.

Los abortos y las mujeres

A pesar de las sanciones legales, morales y de restricción de servicios de atención, cada año hay un elevado número de abortos inducidos en México aunque éstos se mantienen en la esfera íntima, fuera de la mirada pública, salvo en los momentos en que determinados hechos, represiones o reivindicaciones, relacionados con el tema, lo hacen aflorar a la luz y al debate público. El contexto de clandestinidad dificulta el conocimiento tanto del número de abortos que ocurren en el país como de su clasificación entre “inducidos” o “espontáneos”. Las cifras varían desde 102 000 abortos inducidos en 1997, según datos oficiales (CONAPO 2000) hasta 850 000 abortos inducidos anuales, según otras estimaciones (López-García 1994; Henshaw *et al.*, 1999). Además muchas mujeres mueren por complicaciones de un aborto y esta causa ocupa el cuarto lugar de muertes maternas en México (Lezana 1999). Se ha estimado también que sólo uno de cada cuatro abortos atendidos en los hospitales es espontáneo (Singh and Wulf, 1994).

Ahora bien, más allá de la importancia de estas estimaciones, las mujeres son olvidadas y socialmente condicionadas, se desconocen las

formas específicas de sufrimiento asociadas a la vivencia del aborto, el dolor, el miedo que enfrenta una mujer ante un aborto, las circunstancias particulares que le obligan en muchas ocasiones a vivir estas experiencias. Estas condiciones de clandestinidad de la práctica del aborto en el país afectan desigualmente a las mujeres y por tanto, también difieren las experiencias de un aborto (Lamas 1994; Brito de Martí 1994). Las mujeres acomodadas que optan por un aborto lo pueden realizar en óptimas condiciones ya que existe una red informal de servicios médicos para su atención, constituyéndose esta práctica en una importante fuente de lucro para muchos médicos (Grupo Cinco 1991; González de León 1994). Las mujeres con escasos o nulos recursos, por su falta de acceso a la información y recursos, realizan el aborto en malas condiciones, poniendo en riesgo su vida.

Esta investigación busca conocer las experiencias de aborto, los condicionantes sociales a que se vincula tal experiencia y el apoyo otorgado por las redes sociales en la trayectoria de resolución del mismo y en el manejo de la situación, en dos grupos de población específica: mujeres que fueron atendidas por complicaciones de un aborto en un hospital público de Cuernavaca y mujeres que resolvieron la demanda de interrupción de su embarazo en clínicas privadas con apoyo de las redes sociales de apoyo a mujeres.

El propósito fue comprender los significados y vivencias de mujeres mexicanas ante un proceso de aborto que requiere su hospitalización y reconocer los mecanismos y formas del apoyo, de orden material —en la búsqueda, obtención y pago de los servicios de atención— y emocional, otorgado durante el proceso de aborto por parte de sus redes sociales, así como la percepción de este apoyo social por parte de las mujeres.

METODOLOGÍA

Esta investigación busca contribuir al conocimiento científico sobre la problemática del aborto en México, a partir de una perspectiva teórica centrada en el sentido subjetivo que los actores dan tanto a sus conductas como a los fenómenos sociales que les rodean (Weber, 1985). Esta aproximación teórica permite comprender el problema a partir del punto de vista de los actores sobre sus vivencias, sus testimonios y sus estructuras de conocimiento ante problemas particulares como el aborto. La in-

interpretación que los sujetos sociales hacen de la realidad está basada en un cuerpo de experiencias pre-existentes a ella (Schutz, 1974) y el medio por excelencia por el que se puede observar la actividad interpretativa de un grupo social es el lenguaje, ya que éste representa la acumulación objetiva de significados y experiencias de ese grupo (Berger y Luckman, 1986). Por ello, para comprender la manera en que es vivida, sentida, pensada y conocida la temática del aborto, se privilegiaron técnicas cualitativas como las entrevistas a profundidad. Este tipo de abordaje dirigió también la selección de las mujeres a ser entrevistadas, buscando no una muestra representativa (en términos estadísticos) sino a los singulares que mostraran la diversidad de significados, vivencias y apoyo social de las mujeres que experimentan un aborto en los hospitales.

El contexto legal del aborto en México, requiere un especial cuidado de la protección de las identidades de las informantes, así como el uso de técnicas de entrevistas especialmente sensibles para establecer la relación y ganar la confianza de las informantes. A lo largo de todo el proceso, se estableció especial cuidado para proteger la confidencialidad de la información y la identidad de las informantes. Para ello, se asignó un código de registro para cada entrevista al que se hace referencia a lo largo del análisis.

TIPO DE ESTUDIO, DISEÑO Y POBLACIÓN ESTUDIADA

La presente investigación se basa en un estudio transversal, realizado durante 1997. Nuestros sujetos en el estudio lo constituyen dos grupos de mujeres. El grupo principal, sobre el que se centra el estudio, son mujeres que demandaron atención para su proceso de aborto en un hospital público de asistencia social de Morelos, en tres bimestres diferentes de 1997, durante los cuales se realizó un registro de cuarenta y ocho mujeres que acudían a solicitar atención con un problema de aborto. A todas ellas, se les solicitó su colaboración en el estudio y treinta cuatro aceptaron participar en las entrevistas. Este hospital atiende a la población de menores recursos que no cuenta con acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Esta población representa aproximadamente la mitad de los habitantes del Estado. El grupo secundario, constituido por seis mujeres atendidas en clínicas privadas para la interrupción de su embarazo, fue localizado con el apoyo de las redes organizacionales de apoyo a mujeres. Cuatro mujeres aceptaron participar en la entrevista.

En este estudio, fueron excluidas dos mujeres, una por dificultades de lenguaje, ya que sólo podía expresarse en lengua náhuatl y no contábamos con una persona que pudiera realizar la entrevista en esa lengua, aunque reconocemos que esta mujer podía representar a un grupo con dificultades especiales para movilizar y recibir apoyo social, tanto de su red familiar como en los servicios de salud, por la exclusión social que viven los grupos indígenas en los diferentes servicios públicos. La otra mujer fue excluida porque el aborto era resultado de un problema de cáncer, según el diagnóstico médico correspondiente.

Nuestro interés se concentró en las mujeres que presentan mayor riesgo de complicaciones, por un aborto inducido en condiciones no seguras o autoinducido, o en mujeres con abortos espontáneos cuyas características coinciden con los estereotipos de “mujeres que abortan” y que, además, presentan baja capacidad para afrontar y manejar esta situación. Es decir, mujeres con baja capacidad para acceder a un aborto seguro en condiciones de clandestinidad, por lo que sufren las consecuencias en salud y deben acudir a un hospital público; o bien mujeres con aborto espontáneo pero sin recursos para una atención privada y que sufren las consecuencias de una atención pública, donde no son reconocidas como sujetos de derecho y tienen una baja capacidad para ejercer el derecho a un trato digno donde su identidad primera no sea de culpabilidad y de sospecha. Por ello, se seleccionó este hospital, por ser el hospital de referencia a nivel de todo el Estado de la población con menores recursos, de forma que la población atendida por aborto reúne las anteriores características.

Por otra parte, en la muestra de mujeres entrevistadas se buscó que estuvieran incluidas mujeres con diferentes características demográficas, socioculturales, así como del tipo de aborto y de su red social, ya que la hipótesis interpretativa de la investigación reconoce capacidades individuales de accionar, relacionadas con características sociales, culturales y de su constitución social como persona (*self*), en el marco de un contexto social estructural e ideológico que condiciona los comportamientos individuales (Mead 1979). La posición teórica que este planteamiento sustenta considera que los sujetos le dan un sentido a la acción, desde la intersubjetividad, a partir de los significados subjetivos que construyen en su interacción con los otros. Pero a esta presuposición teórica se le suma el reconocimiento de que estos comportamientos individuales también están condicionados por la estructura, por las normas y discursos institucionales y morales, buscando en la comprensión del nivel *micro* la

interacción con el nivel *macro*. Por ello, para la interpretación de los testimonios de las mujeres se recolectó información del contexto social, político, legal e institucional.

Este estudio no buscó cuantificar los abortos inducidos, ni clasificar a las mujeres de acuerdo con categorías morales referidas a detectar una acción de voluntad sobre la interrupción del embarazo, en un medio donde esta acción es ilegal y está condenada por el discurso social dominante. Por el contrario, se parte de reconocer que las mujeres pobres con cualquier tipo de aborto deben afrontar las actitudes negativas derivadas de su condición de sospechosas de haber deseado o provocado el aborto. La inclusión en el estudio de mujeres con aborto inducido en condiciones seguras estuvo orientada a reconocer capacidades personales individuales y de sus redes sociales que definen apoyos y experiencias diferentes entre ambos grupos de mujeres.

Recolección y análisis de la información

Las entrevistas se realizaron en los hospitales y en algunos casos, en los domicilios de las mujeres; fueron grabadas y transcritas en su totalidad. En las entrevistas se siguió una guía temática de indagación que facilitó la exploración sistemática de los diferentes temas: el proceso material y emocional de la mujer que aborta, su interpretación sobre la propia experiencia del aborto, las condiciones de configuración del embarazo y los procesos para su resolución, las características y funcionamiento de la red familiar y social de la mujer, así como en torno al apoyo social brindado tanto en términos materiales, para la búsqueda y obtención de atención del aborto, como en los aspectos emocionales.

Las entrevistas fueron sistematizadas y analizadas con apoyo del programa *Ethnograph*. En el análisis de las entrevistas se aplican procedimientos derivados de la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Glaser, 1978) que permite dar un tratamiento sistemático a la información recolectada, identificando los principales temas que aparecen en el discurso de los entrevistados y estableciendo los códigos para encontrar las recurrencias y diferencias, lo que permite establecer la validez de los hallazgos a través del recurso de la “saturación teórica”. Después de una lectura repetida de las entrevistas se elaboró un listado de códigos que orientó los temas del análisis: las emociones, sentimientos, conductas y

actitudes en relación con los procesos de aborto y embarazo, con los diferentes actores —la mujer y sus redes sociales— y con la estructura y funcionamiento de las redes; así como las circunstancias, instituciones y contextos de atención. La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio: leyendo por códigos, por sujetos, y por las voces identificadas como relevantes para las preguntas de investigación. En este proceso de sucesivas lecturas nos sensibilizamos también para oír y diferenciar voces contradictorias y disonantes.

Características de las mujeres

Las 54 mujeres no corresponden a una muestra aleatoria de todas las mujeres que llegan a atenderse un aborto a los hospitales de Cuernavaca. Sin embargo, la información nos permite conformar un perfil predominante de las mujeres que acuden con procesos de aborto a los hospitales de asistencia pública (que atienden a población sin derecho a la atención médica de la seguridad social). Asimismo, aunque el número de mujeres encuestadas atendidas en servicios médicos privados es muy reducido, se presentaron diferencias socioeconómicas, demográficas y de apoyo de sus redes sociales para la resolución del aborto entre ambos grupos.

La información analizada mostró, por una parte, que las mujeres que demandaron la interrupción del embarazo en los servicios médicos privados presentaban condiciones socioeconómicas sensiblemente mejores que las mujeres que llegaron al hospital público con un aborto en proceso: incompleto y/o con complicaciones. De igual forma, diferían en la autonomía personal o dependencia económica de la mujer, ya que todas las mujeres encuestadas atendidas en la clínica privada tenían un trabajo remunerado fuera del hogar o eran estudiantes, mientras que sólo la cuarta parte de las mujeres atendidas en el hospital público tenía un trabajo remunerado. Además, las mujeres atendidas en los servicios médicos privados contaban con el apoyo de sus redes sociales (familiares, laborales, comunitarias o de amistad) lo que les permitió acceder a una red social de apoyo a mujeres que facilitó la solución apropiada a su problema, mientras que esto no ocurrió con las mujeres atendidas en el hospital público.

Mujeres atendidas en el hospital público

¿Quiénes son las mujeres que llegan a un hospital público de asistencia social con un aborto en curso? La información recogida nos permite avanzar un perfil socioeconómico y demográfico de las mujeres atendidas en el hospital donde se realizó el estudio (cuadro 1). La mayoría de las mujeres entrevistadas convivía en unión libre con su pareja, no había superado los estudios primarios⁴ y dependía económicamente de la pareja, quien aportaba muy bajos ingresos (la mitad de las mujeres señalaba ingresos mensuales inferiores a 1 001 pesos). En resumen, eran mujeres que presentaban malas condiciones de vida y alta marginación social. Es importante señalar también que los perfiles eran diferentes según grupos de edad, en especial las diferencias se presentaron con mayor claridad entre los grupos extremos, las jóvenes menores de 20 años y las mujeres mayores de 29 años. Una diferencia obvia está en relación con el perfil reproductivo de las mujeres, las jóvenes menores de 20 años no tenían experiencias de abortos anteriores, en contraste con las mayores de 29 años que, más de la mitad, habían tenido tres embarazos o más y con uno o más abortos anteriores. Ambos grupos, también presentaron diferencias en la edad de inicio de las relaciones sexuales, el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años en las jóvenes menores de 20 años, mientras que en las mujeres mayores de 29 años el promedio fue de 18.6 años.

Asimismo se presentaron diferencias en relación con el apoyo recibido de sus redes sociales según el grupo de edad. Las jóvenes menores de 20 años fueron acompañadas al hospital por la pareja y/o los padres mientras que las mayores de 29 años presentaban menor apoyo de sus redes sociales e incluso, en casi la tercera parte de ellas, sus parejas no sabían del aborto y sólo en casi la mitad la pareja sabía del aborto. En el grupo de mujeres mayores de 29 años, un gran número de ellas resolvió el aborto en la soledad, en su intimidad y con escaso apoyo de sus redes sociales.

Las mujeres atendidas en el hospital público expresaron las caídas, el cargar pesos excesivos, los enojos y disputas con la pareja, como las causas del aborto y sólo una mujer señaló que había realizado acciones dirigidas a finalizar el embarazo. Casi la mitad (44 por ciento) presentó un diagnóstico clínico de aborto incompleto y a tres se les diagnosticó aborto en evo-

⁴ En este grupo de mujeres, únicamente una de cada tres tenía más de seis años de estudio (cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de las mujeres entrevistadas que fueron atendidas en el hospital público según grupos de edad, de acuerdo con variables sociodemográficas seleccionadas

<i>Variables socio-demográficas</i>	<i>Grupos de edad</i>			
	<i>Total</i> <i>N = 34</i>	<i>< 20 años</i> <i>N = 18</i>	<i>20-29 años</i> <i>N = 20</i>	<i>30 y más años</i> <i>N = 6</i>
Estado civil:				
Unión libre	20	6	12	2
Casada	9	–	7	2
Soltera	3	2	1	–
Otro	2	–	–	1
Nivel educativo:				
Analfabeta	2	–	–	2
Primaria incompleta	10	2	5	3
Primaria completa	9	4	5	–
Más que primaria	13	2	10	1
Ocupación de la mujer:				
Hogar	27	6	18	3
Trabajadora doméstica	2	1	–	1
Estudiante	1	–	1	–
Otra	4	1	1	2
Índice de marginación social:				
Baja	5	–	4	1
Media	11	1	9	1
Alta	18	7	7	4
Procedencia:				
Cuernavaca	8	3	4	1
Morelos	7	1	4	2
Guerrero	9	–	7	2
Otros estados	10	4	5	1
Número de abortos anteriores:				
Sin abortos anteriores	25	8	15	2
1 aborto	7	–	4	3
2 o más abortos	2	–	1	1

Fuente: *Aborto, familia y redes sociales*, Cuernavaca, México, 1997.

lución; sólo una mujer tuvo un diagnóstico de aborto espontáneo, otra presentó aborto séptico, y a dos se les practicó un segundo legrado por infección. En una de cada cinco mujeres no se especificó el diagnóstico clínico. Además, una de cada cinco mujeres atendidas en el hospital público señaló que les habían colocado un método anticonceptivo, después de la atención del aborto, sin su consentimiento o con coerción.

RESULTADOS

Historias de vida y relaciones sociales

Las narraciones de las 34 mujeres entrevistadas⁵ presentan unas historias de vida que son historias de marginación, de sufrimiento, de precariedad, de incertidumbre y de inestabilidad que condicionan y son condicionadas por la estructura y funcionamiento de sus redes sociales.

Relaciones y redes sociales

En tanto la vida de la mayoría de las mujeres transcurría básicamente en la casa, sus relaciones sociales, en la mayor parte de los casos, se reducían a los miembros de la familia, con quienes compartían terreno o vivían en las cercanías; los traslados suponían un consumo de recursos con los que no contaban, tal como lo muestra el siguiente testimonio:

...para hablarle a mi madre no hay teléfono y, o sea, ni para avisarle, [...] la veo cada ocho meses o al año, [...] porque, o sea, nos falta dinero y ves que ahora ya aumentaron el pasaje... (19 años, primaria completa, unión libre, H. público) (E004).⁶

Lo mismo relataron con respecto a sus tiempos y espacios de esparcimiento, no hay tiempos para el descanso, o bien los escasos recursos económicos les limitaban traslados y relaciones.

⁵ Los nombres de las mujeres que aparecen en el texto son imaginarios.

⁶ Las entrevistas se identifican con un código que coincide con el número asignado a la entrevista.

Otro elemento recurrente, que contribuía a mantener relaciones sociales escasas, tiene que ver con los comportamientos transmitidos y aprendidos respecto a la forma de relacionarse con las amistades:

...me gustaría, pero mi mamá desde niña me dijo que sí tuviera amigas pero que nunca las frecuentara porque luego se busca uno problemas, entonces, trato de evitar eso... (25 años, estudios técnicos incompletos, casada, H. público) (E005).

Otras expresaron argumentos de experiencias negativas con las amistades:

...la verdad, yo sí soy amiguera pero uno pasa experiencias fuertes, problemas, ya ve, que dijiste y no dijiste. Tuve un problema fuerte que me metieron en problemas y es mejor alejarse, y la verdad sí me he vuelto muy cortante... (18 años, secundaria incompleta, unión libre, H público) (E020).

Asimismo, las mujeres mencionaban argumentos de independencia o de “mantenerse con lo que uno tiene” para justificar la falta de redes o de movilización de apoyo ante situaciones adversas:

...la verdad, ya no me gusta acudir a nadie [...] por situación económica, sí acudimos a una señora y le comentamos nuestra situación y pues ella sí nos tendió la mano [...] pero [...] yo quisiera hacer mis cosas muy independiente y ya no molestar a nadie, porque hasta en la propia familia te dan el espaldazo, y no, mejor así, o sea, prefiero rascarme con mis propias uñas... (18 años, secundaria incompleta, unión libre, H público) (E020).

Un elemento que parece jugar un papel importante en su falta de autonomía es la cuestión de las identidades y roles de género: el hombre como proveedor y la mujer cuidadora del hogar, la mayoría de las veces con mínima capacidad para tomar decisiones, tal como señalaba una mujer: “nada sin permiso de él puedo decidir yo sola” (E031). La mayoría tuvieron empleos remunerados antes de unirse a la pareja, a veces hasta la llegada de los hijos, incluso en varios casos tenían experiencia de trabajo desde edades muy tempranas pero la pareja no les permitía tener un empleo. La principal razón que aducían era la de evitar conflictos con la pareja por cuestión de celos:

...se pone celoso y empiezan muchos pleitos, yo no quería dejar mi trabajo porque me hace falta el dinero pero él se puso muy pesado... (26 años, primaria incompleta, unión libre, H. público) (E015).

En este grupo de mujeres, la reclusión en el hogar disminuye la posibilidad de establecer nuevos contactos y de esta manera ampliar y enriquecer la estructura y funcionalidad de su red. En general, presentaban redes con pocos contactos activos y con mínimas posibilidades de nuevos contactos.

Las condiciones de dependencia económica y emocional de las mujeres se veían agravadas por su condición de migrantes, con diferencias según el grado de integración social en el momento actual. Las condiciones se dificultaban cuando ni la familia de origen, ni la del esposo, vivían en Cuernavaca y por su condición de migrantes recientes no habían conformado una red de apoyo en la ciudad. En tanto la mayoría de las mujeres contaba con redes sociales casi exclusivamente familiares, las mujeres con migración reciente y cuyos familiares vivían alejados presentaron redes más precarias y con mayores dificultades para movilizar apoyo. También, se presentaron experiencias de migración hacia Estados Unidos por parte de la pareja o de los padres, dándose el caso de que la relación y el apoyo de los ausentes se mantenía, que los lazos de vinculación familiar y de pareja se rompían, o bien, como lo muestra el siguiente testimonio, que la pareja migraba sin mayores compromisos con la mujer con lo que no recibía ningún tipo de apoyo del migrante:

...el papá del bebé, del que aborté, lo dejé de ver desde hace como tres meses [...] se fue a los Estados Unidos y me dijo que ya no iba a regresar, que se iba a quedar por allá... (25 años, estudios preuniversitarios, soltera, H. público) (E028).

Cuando el migrante partía con un compromiso familiar dejaba “encargada” a la mujer con algún familiar:

...mi esposo me dejó encargada con mis tíos cuando se fue [...] yo no quería que se fuera (...) pero él me dijo que sí que me iba a dejar ahí... (23 años, primaria completa, unión libre, H. público) (E048).

Ambos testimonios expresan también formas concretas de desigualdad de género que están presentes en estas mujeres, como son el abandono

no por parte de la pareja, sin mayores responsabilidades, o la identificación como objeto de propiedad e infantilización de la mujer sin concederle la posición de persona madura y responsable, por ello la pareja se la encarga a la familia.

En algunos casos, las mujeres narraron una total inestabilidad residencial, lo que se traducía en identidades borrosas e inestables por no contar con un espacio propio y residir temporalmente en casa de familiares que las acogen:

...le digo, exactamente no vivo ahí sino que voy con una hermana, con otra, con mi mamá [...] mientras mi esposo esté así yo creo que lo voy a seguir haciendo, ya que... pues entonces ya vamos a vivir bien... (27 años, estudios técnicos, casada, H. público) (E011).

Por otra parte, las relaciones sociales se constituyen también en elementos de conflicto, se daban casos donde la mujer mantenía o quería mantener relaciones sociales y ello era causa y origen de conflicto y/o maltrato de la pareja:

...si le hablé a la gente se hacen problemas, se hacen puros chismes, casi no le hablo a la gente [...] dice mi suegra que yo hablé de ella y de su hija, aunque no sea verdad, y pues le dicen a mi esposo y me regaña y, o sea, tengo prohibido hablarle a la gente, o sea, yo por no pelear con él no les hablo y por eso me la vivo en casa... (19 años, primaria completa, unión libre, H. público) (E004).

y esta misma mujer mencionaba la falta de autonomía como una condición para contar con amigos:

...piensa mi suegra que yo hablo de ella pero no es así, pero como vivo en su casa pues me tengo que sujetar y no hablarle a las personas... (19 años, primaria completa, unión libre, H. público) (E004).

Las relaciones vecinales pueden ser también causa de tensiones, desde la falta de confianza hasta problemas graves de comunicación y entendimiento:

...la verdad es que yo no, no confío mucho con mi vecina, nada más los

buenos días y las buenas tardes [...] la verdad, no convivo con ellas (las vecinas) muy bien porque es que son muy envidiosas ellas y yo no me puedo poner, porque no me pueden ver platicando con una persona porque dicen que ya estoy hablando de otra persona, y la verdad, como a mí me ha dicho mi esposo, me ha dicho él que para que no tenga problemas no platique yo con nadie y nada más los buenos días y las buenas tardes y ya... (26 años, primaria incompleta, unión libre, H. público) (E019).

Estos testimonios resumen las múltiples formas de opresión que sufrían estas mujeres por parte de sus esposos o de la familia ampliada con la que convivían, la cual contribuía a la vigilancia de la mujer, y que expresan en su máximo grado los efectos negativos de la falta de autonomía de la mujer. En otros casos, las mujeres narraron conflictos no resueltos con la familia de origen por su unión con una persona que los padres no aceptaban. En todos estos casos, las mujeres se van aislando y se debilitan sus redes de apoyo. Los condicionantes sociales y culturales que emergieron en las narrativas de las mujeres como elementos que afectan negativamente la estructura de las redes de apoyo se resumen en el cuadro 2.⁷

Cuadro 2. Condicionantes sociales y culturales de las redes sociales

- La dependencia, enmarcada por identidades y roles de género, con dedicación exclusiva al hogar
 - Los recursos económicos escasos que frenan la movilización y los intercambios
 - La movilidad/migración que conlleva ruptura y/o dispersión de redes sociales
 - Los procesos de socialización enmarcados por determinadas ideologías sobre las amistades y el pedir
 - Los conflictos y las tensiones en las interacciones
 - El *selfy* las identidades sociales
-

Funcionamiento de la red social: el apoyo social

Las condiciones de vida precarias, la escasez de recursos, las cuestiones de género, los valores ideológicos y los conflictos generados por las relaciones sociales en estos contextos contribuyen pues a que estas mujeres es-

⁷ Una explicación más completa de los cuadros 2 y 3 se puede consultar en Erviti (2001).

tén cada vez más marginadas y asuman el rol de cuidadoras, sometidas a las decisiones de la pareja y muchas veces de la familia ampliada con la que conviven, aisladas y con pocas o ninguna persona de confianza con quien compartir sus problemas y que le sirva de compañía social, sea su consejera y le brinde apoyo material y emocional. Las mujeres que sufrían problemas de violencia, alcoholismo y drogadicción de la pareja, violación o incesto estaban todavía más marginadas y aisladas, tanto porque se constituyen en personas con una identidad estigmatizada que previene en contra de que las personas les brinden su confianza y por tanto el apoyo, como por la necesidad de guardar el secreto y mantener oculta esta información y el estigma derivado de esta identidad.

Se ha de recalcar que no siempre el hecho de la existencia de relaciones sociales es positivo para la salud y el bienestar de la mujer ya que éstas también pueden ser causa de conflicto y tensión, la llamada tensión relacional que conlleva efectos negativos para la vida, el logro de expectativas y proyectos de vida y, la salud de la mujer. En este sentido, algunas mujeres señalaron antagonismo y conflicto con algunas personas de su red y cuya presencia u ofrecimiento de apoyo en situaciones adversas les generaba angustia.

Por otra parte, el apoyo social que reciben no depende únicamente de la existencia de recursos sociales y materiales en la red social con capacidad para aportar apoyo sino también de la capacidad personal de la mujer, o los elementos más cercanos de su red, para movilizar apoyo lo cual está relacionado con su identidad social y su constitución social como persona (*self*). Marta, de 26 años, expresa en el siguiente testimonio qué supone para ella la decisión de pedir apoyo y el significado a nivel de transacciones:

...ellos (los papas) me apoyan [...] cuando necesito algo, que mi esposo no tiene trabajo, y yo voy y les pido prestado dinero, inclusive ellos me dicen luego 'no pues cuando quieras ve a la casa, pídemle, que no te de vergüenza' porque yo la verdad soy bien penosa, porque luego le digo a mi esposo 'yo cómo les voy a ir a quitar lo que no les doy, o cómo también les voy a quitar lo que no les doy a ustedes' y entonces, mejor ellos me dan, aunque no les pida ellos me dan... (26 años, primaria incompleta, unión libre, H. público) (E019).

La demanda de apoyo puede ser de orden material y/o emocional. La aceptación de una posición sometida a las decisiones de la pareja las

limitaba tanto sus expectativas y proyectos de vida como la capacidad para manejar situaciones adversas en ausencia de la pareja. Esto puede no representar una solución ya que la pareja a veces no llega o bien lo hace en condiciones de alto consumo de alcohol. Algunas mujeres expresaron también la vergüenza de pedir ayuda o solicitar a las instituciones que les rebajen los costos porque no pueden pagar, ya que esto les obliga a aceptar públicamente una identidad social de pobre. En ocasiones, en estos casos, recurrían a algún integrante de su red social que sí “sabe pedir”:

...pedimos rebaja, pero como a mi esposo le da pena no pide, pero mi tía sí... (26 años, primaria completa, casada, H. público) (E003).

La falta de apoyo se presentó tanto a nivel emocional, porque la mujer no identificaba a una persona confidente, como material debido a que ni su pareja ni ella misma eran personas de crédito. De esta manera, ella no tenía a nadie de confianza y a su vez nadie confiaba en ella. Algunas mujeres percibían como una forma de maltrato el hecho de solicitar ayuda y no recibirla, de esta manera, evitaban en lo posible demandar ayuda ante la percepción de una posible negativa. En ocasiones justificaban la negativa a la demanda de apoyo por la escasez de recursos de los integrantes de la red, a semejanza de ella que se veía forzada a demandar ayuda:

...o sea que me hablan y todo, todas las de ahí de la vecindad, pero cómo le diré, si yo les pido dinero no me lo prestan, luego dicen que no tienen, y sí pues también sus esposos trabajan, no tienen también un trabajo fijo, así, días trabajan, días no, no sé, o sea, le buscan de un trabajo a otro. Entonces, yo también me pongo a la razón que no tendrán pues, porque a veces veo yo lo que comen, entonces, sí lo creo que no tengan... (27 años, primaria incompleta, unión libre, H. público) (E031).

De esta manera, estas mujeres se van constituyendo en personas aisladas, marginadas y sin posibilidad de movilizar ayuda ante eventos adversos, o bien con experiencias negativas que determinan su comportamiento respecto a la movilización del apoyo social. El cuadro 3 resume los condicionantes de la obtención de apoyo social que emergen de los testimonios de las mujeres. Se incluye al aborto como un evento que en sí mismo condiciona la búsqueda de apoyo.

Cuadro 3. Condicionantes sociales y culturales relacionados con la búsqueda y obtención de apoyo social

-
- Las características de las redes sociales: existencia y accesibilidad de recursos sociales y materiales
 - La red tensional: conflictos y tensiones en las interacciones que frenan la movilización del apoyo
 - El *self*, identidades sociales: un *self* poco estructurado se asocia con una menor búsqueda de apoyo
 - El aborto como hecho estigmatizante (lo legal y lo moral): las estrategias de exculpación, como son el desconocimiento del embarazo y la naturalización de los síntomas de aborto, retardan la atención oportuna y provocan la vivencia en soledad
-

ABORTO Y APOYO SOCIAL

El aborto como condicionante del apoyo social

El aborto es un hecho que estigmatiza a quien lo realiza, en este caso, a las mujeres que acuden al hospital público en demanda de atención de las complicaciones derivadas de la interrupción de un embarazo. La sospecha de que el aborto pueda ser inducido, lo que atenta contra las leyes y normas sociales, genera determinadas actitudes tanto entre los integrantes de la red personal de la mujer, con capacidad para dar o movilizar apoyo, como en el personal de salud.

Estos elementos, el aborto como hecho estigmatizante y la dificultad de afrontar públicamente un aborto inducido, en un país donde éste está penalizado, conforman en la mujer la necesidad de presentar el aborto como un hecho espontáneo. Para ello, las mujeres utilizaron estrategias de manejo de la información como, por ejemplo, señalar que no sabían de su embarazo y que las acciones, intencionales o no, como son las caídas, la realización de tareas pesadas como el acarreo del agua o limpieza de la casa no tenían, por tanto, la voluntad de inducir un aborto; o bien que las acciones realizadas como la ingestión de té, la aplicación de inyecciones o el acudir con una sobadora, tenían como fin el impedir la interrupción del embarazo. Estas justificaciones se dieron incluso cuando el aborto era diagnosticado médicamente como un aborto espontáneo.

Las mujeres expresaban, también, que esas acciones no deben realizarse cuando una está embarazada, pues “una mujer embarazada debe cuidarse”, no realizar tareas pesadas y no hacer corajes, pero en su caso

“no sabían del embarazo”. Esto se señalaba incluso con embarazos de más de tres meses. Las mujeres elaboraron discursos alrededor de la irregularidad de su “regla”, el tener los sangrados semejantes a la menstruación, ser “panzona”, no tener síntomas de embarazo o que bien éstos no eran como en los otros embarazos.

Aunque algunas mujeres repetían los discursos dominantes sobre la condena del aborto y la imagen estereotipada de que “las mujeres abortan porque no quieren tener hijos y quieren seguir divirtiéndose”, al referirse a su aborto señalaban que era diferente, que en su caso no era delito pues no sabían de su embarazo. Su caso era especial, en las otras mujeres el aborto sí es pecado. Esta puede ser una de las estrategias de sobrevivencia moral manejadas por este grupo de mujeres para afrontar la culpa y el estigma desde su condición de mujeres con alta marginación social. Dada su posición más débil en las relaciones de poder, como mujeres pobres y marginadas, evitan cuestionar el sistema y establecen estrategias disfrazadas de sumisión y aceptación formal de las normas sociales, más fácilmente aplicadas debido a su invisibilidad (Erviti y Castro, 2004).

Además de esta estrategia exculpatoria, como es el desconocimiento de su estado de mujer embarazada, después del aborto las mujeres expresaban siempre que aunque no lo habían planeado, o no lo deseaban, luego sí querían tenerlo, con expresiones como “*ya que Dios lo quiso*”, “*ya pues te lo dejas*”, y el mismo Dios servía también para justificar y exculpar “*Dios no lo quiso*”. Aunque esto pareciera ser una muestra de falta de planeación, de la falta de un proyecto de vida, pues el destino es el que marca la existencia, ante estas historias de vida cabe preguntarse ¿cómo realizar un proyecto de vida ante esta precariedad e incertidumbre de la vida diaria, incluso desde el nacimiento? Se come cuando hay, se hace hasta donde se puede o alcanza, y al día siguiente es igual; de esta manera ante la ausencia de perspectivas de mejoría en sus condiciones de vida, el destino aparece como la mejor explicación de los sucesos cotidianos. La vida para estas mujeres pareciera estar predeterminada por elementos que ellas no tienen capacidad para modificar.

El desconocimiento del embarazo y la designación del aborto como un hecho divino puede servir también como un argumento que justifique la “inacción” ante los síntomas de aborto o la espera de resolución del problema por sí solo, evitando de esta manera afrontar públicamente la sospecha de que se haya provocado el aborto y, con ello, el estigma que conlleva la segregación y marginación. También señalaron la falta de ex-

perencia para reconocer qué era un aborto y cómo actuar frente a los síntomas. De esta forma, cuando la mujer percibía que ya había ocurrido el aborto, únicamente realizaba mucho descanso, pero no acudía a atención médica hasta que se presentaba una complicación severa.

Por otra parte, el embarazo puede ser un asunto privado, conocido únicamente por la mujer embarazada y quizás la pareja o alguna persona de confianza, o bien pasar a ser ya un embarazo social, de forma que la mujer lo hace visible a todas las personas de su red social. El desconocimiento o la no visibilidad del embarazo es un elemento que retarda la atención y la recepción de apoyo. Cuando el embarazo no era conocido o bien ocultado, la recepción del apoyo ante problemas se veía dificultada o retardada aunque existiera una estructura y un funcionamiento de la red social, dado que para esas situaciones se requiere una búsqueda y demanda activa ante los síntomas de aborto.

¿Por qué negar u ocultar un embarazo? Cuando el embarazo no es socialmente aceptable como son los embarazos en adolescentes y/o en mujeres solteras, con frecuencia las mujeres retardan o evitan que el embarazo sea conocido socialmente, incluso es negado ante sospechas de evidencia. Asimismo cuando el embarazo, además, significa un abuso o falta en la confianza depositada por los padres, un comportamiento fuera de las normas, las mujeres, principalmente las jóvenes, lo ocultan. La confianza en estos casos se convierte en un elemento de control, los padres pasan el control a las hijas y de esta manera, se comienza el ejercicio de autocontrol en las jóvenes. Alicia, de 16 años, narraba de esta manera su temor a las posibles consecuencias del conocimiento de su estado de embarazada por sus padres:

R. ...mi mamá se estaba dando cuenta que yo no reglaba [...] tenía miedo y por eso yo no le había dicho nada a mi mamá [...]

P. ¿Qué te daba miedo?

R. Que me fuera a golpear o no sé, tenía miedo [...] yo pensaba que de correrme me iban a correr, porque de golpearme no se iba a poder...

P. Y cuando ya le dijiste a ella ¿qué te dijo, se enojó?

R. No, no se enojó. [...] nada más habló conmigo, que por qué le había hecho eso.

P. ¿Y qué le dijiste tú?

R. Yo le dije que por tonta, yo la verdad pues me atonté... (16 años, primaria incompleta, soltera, H. público) (E040).

Apoyo social en el aborto: movilización y recepción

En este contexto del aborto como hecho estigmatizante y oculto, las características personales de la mujer —autonomía, condiciones de migración y violencia, entre otras— y de su red social —tamaño, densidad, accesibilidad, características del vínculo, relaciones no conflictivas— definen las condiciones de la movilización y recepción de apoyo en la mujer que aborta, tanto en términos de apoyo material —la búsqueda de atención médica o de la sobadora, el pago de los costos hospitalarios, los donantes de sangre— como de apoyo emocional a través del papel de confidente, consejero o de compañía social.

Las mujeres que sufrían violencia de su pareja, procedentes de otros estados de la república, sin un trabajo remunerado y con alta marginación social, contaban con redes sociales de una estructura muy precaria, de tamaño reducido, muy dispersas y cuyos integrantes contaban con escasos recursos económicos y contactos sociales para ofrecerles un apoyo efectivo ante el aborto. Estas mujeres vivieron su experiencia del aborto como un hecho traumático, a veces en soledad, en un estado de angustia por su persona y la de sus hijos, y con gran riesgo para su salud y su vida. La experiencia difería según la existencia de alguna persona en su red social con capacidad para otorgarle apoyo, que estuviera accesible y que, finalmente, la mujer la percibiera en forma positiva y demandara su apoyo.

Teresa, mujer de 23 años que habitaba con su pareja y tres hijos en una vivienda sin servicios de luz, agua y drenaje y que sufría la violencia de su pareja desde hacía 8 años, es un ejemplo de sobrevivencia después de un largo proceso de aborto afrontado en graves condiciones de salud y con escaso apoyo. Su pareja, consumidor habitual de alcohol y droga y sin trabajo fijo, no pudo obtener recursos porque “a él no le prestan”. Aunque ella estaba desangrándose, su red más cercana (unas vecinas y una tía), no actuó en forma efectiva, y únicamente le reclamaron a la pareja, que se encontraba con un alto grado de consumo de alcohol, para que llevara a su mujer al hospital. En este caso, la red se abstuvo de intervenir y la pareja aunque se movilizó en busca de recursos para el traslado al hospital no obtuvo respuesta, dadas las condiciones en que se encontraba y la falta de crédito entre los vecinos y compañeros de trabajo o bebida. Esta mujer que había sufrido varios desmayos transcurrió la noche sin recibir atención, en estado de gravedad, y acudió al día si-

guiente al consultorio médico público donde el médico le aportó dinero para el traslado al hospital. Aunque Teresa tenía una hermana en Cuernavaca, no buscaron su apoyo porque no le prestaría a su pareja, ni quería verlo, por la violencia que ejercía contra ella. En el hospital, Teresa enfrentó en soledad la angustia e incertidumbre sobre el cuidado de sus hijos, así como por el pago del hospital.

El escaso control de Teresa ante el problema del aborto fue semejante al poco control que tenía sobre su propia vida. Un ejemplo es la forma de manejo del problema de violencia de su pareja, ante la que no intervenía porque en su opinión no había una razón poderosa para abandonarlo. La percepción de Teresa sobre su disponibilidad de apoyo era de precariedad, de que contaba con pocas personas en quien buscar apoyo y de que nadie la quería ayudar, lo que unido a la inmovilidad ante el sangrado derivó en una atención del aborto tardía que puso en grave riesgo su vida. El siguiente testimonio resume la vivencia de su proceso de aborto:

...estaban los niños ahí y le hablaron a mi tía, pero pues no bajó hasta que ya le avisó mi esposo que estaba mal, porque me fueron a encontrar en un charco de sangre y (mi esposo) se asustó mucho, dice que sí. Y dijo mi tía 'pues llévala al doctor' [...] y pasó todo el sábado [...] es que es muy egoísta (la tía), quisiera verlo a uno así por los suelos [...] estaría yo creo que como inconsciente como una hora y media [...] fueron unas vecinas y le dijeron a él 'mejor llévala al doctor sino aquí se te va a morir'. Sí pero pues no tenía dinero... (23 años, primaria incompleta, unión libre, H. público) (E047).

Cuando las mujeres que sufrían violencia contaban con elementos de su red social que les apoyaban, ya fuera en forma temporal u ocasional por la lejanía geográfica, las condiciones de resolución del problema mejoraban, en general. Es el caso de Eva (26 años, primaria incompleta, unión libre, H. público, E015) quien también sufría violencia de su pareja. En este caso, Eva hacía un manejo diferente del problema pues ya había demandado a la pareja ante la justicia, aunque narraba experiencias negativas sobre los apoyos, institucional y de su red social, en relación con ese problema. Tanto su actual proceso de aborto como otro aborto anterior tenían relación con la violencia ejercida sobre ella. Esta mujer vivió su experiencia en forma diferente, ya que recibió apoyo de su madre, de visita en Cuernavaca, quien la llevó al hospital y le acompañó duran-

te el proceso. La experiencia en el manejo de estas situaciones que tenía la madre, pues ella también había sufrido la violencia de su pareja, fue utilizada para el apoyo a su hija. Según narra Eva, su madre era la única persona de la red que enfrentaba al marido y lo regañaba. Después del aborto, ante un nuevo ataque de la pareja, que además la amenazaba con quitarle a sus hijos, su madre acudió y la llevó a su casa, lejos del marido.

Cuando las mujeres no eran originarias de Cuernavaca, la experiencia de apoyo social ante un evento como el aborto variaba de acuerdo al tiempo de residencia, al grado de integración social y a la estructura y funcionamiento de sus redes sociales, especialmente de la calidad de sus vínculos. Las mujeres que llevaban muchos años residiendo en Cuernavaca contaban con redes sociales de mayor tamaño, menos dispersas y cuyos integrantes tenían recursos de información y conocimiento, es decir, tenían más y mejores contactos sociales para resolver el problema en forma más eficiente. Si la mujer era migrante pero el esposo era de Cuernavaca la resolución del evento se veía facilitada, así como la disponibilidad y movilización de un apoyo efectivo. En estos casos, era importante la experiencia de la red familiar del esposo, en general la suegra, para activar y lograr un mejor resultado de los recursos públicos disponibles, tanto por el conocimiento de las reglas y mecanismos internos como por las conexiones de elementos de su red social con otras redes. Es el caso de Mónica (E045) de 22 años, con estudios secundarios, originaria del estado de Guerrero, que vivía con su esposo e hijo, sin realizar trabajos remunerados y con una red social integrada exclusivamente por familiares. Mónica recibió apoyo efectivo de su hermana, suegra y cuñadas que vivían cerca y conformaban una red de apoyo con relaciones no conflictivas. En este caso, su hermana que además vivía en las cercanías fue un gran apoyo emocional, de compañía social, y además cuidó a su hijo mientras ella se encontraba en el hospital. La suegra fue también un apoyo muy efectivo en la búsqueda de atención médica a través de una red de instituciones médicas privadas y públicas conocidas. Mónica vivió el aborto en condiciones de menor riesgo para su salud física. El apoyo material para la atención del aborto y el cuidado de su familia le disminuyó la angustia y la compañía y apoyo emocional que le brindaron fueron elementos que ayudaron en su recuperación.

Las condiciones para el apoyo, en mujeres con migración reciente, se dificultaban, cuando la mujer no contaba con redes sociales accesibles para proveerle apoyo. Es el caso de Adela (E014) de 20 años, con estudios

primarios incompletos. Adela migró con su pareja, con quien vivía en unión libre, hace seis meses desde el estado de Guerrero en busca de mejores condiciones de trabajo, dejando a sus dos hijos (de la pareja actual y de una unión anterior) con su madre. Adela contaba con dos familiares cercanos en Cuernavaca, una hermana y una tía. No obstante, vivió en soledad su proceso de aborto, debido a que su pareja se fue a Acapulco cuando ella ya estaba con sangrado, y quien únicamente le recomendó que esperara su regreso y llevaría a un médico. Su pareja le había expresado dudas acerca de la paternidad en el embarazo. Esta mujer señaló que una vecina, con quien mantenía un vínculo de conocimiento superficial, le recomendó a una sobadora, y que su atención agravó su estado de salud. Ante esta situación, Adela acudió al hospital sin localizar a su hermana, pues “no sabía” dónde encontrarla. Adela, que no tenía dinero para pagar el hospital y su pareja no había regresado, centraba su angustia en la imposibilidad de pagar el hospital y en la forma de regresar a su lugar de origen.

Las mujeres adolescentes enfrentaban los procesos de aborto en condiciones de mayor riesgo, especialmente cuando no tenían pareja, ya que ocultaban el embarazo muchas veces hasta situaciones de máxima gravedad. Es el caso de Norma (E030), soltera de 17 años que vivía con sus padres en el área rural. Norma formaba parte de una red de amistades con comportamientos marginales y de riesgo (en Cuernavaca realizaban trabajos temporales, ventas u otros oficios, y cuando no tenían donde dormir lo hacían en el parque). El apoyo de las amigas ante un embarazo no deseado estuvo relacionado con estos comportamientos marginales, derivados tanto de recursos económicos escasos como de recursos sociales precarios. Sus amigas, a quienes confió su embarazo, le conectaron y acompañaron con una señora que le indujo un aborto en condiciones inseguras. El temor de afrontar la situación ante los padres hizo que ocultara su estado infeccioso y séptico, sin demandar apoyo, hasta límites de riesgo extremo para su vida y su salud reproductiva. Las consecuencias del aborto para Norma fueron extremadamente graves, estuvo en riesgo de perder su vida, se le realizó una histerectomía y ooforectomía (extracción de la matriz y de los ovarios), y vivió la marginación y segregación tanto en el cuarto séptico del hospital público como en su paso por el hospital privado. Las consecuencias del aborto para su identidad de mujer fueron para Norma lo más importante, ya que la pérdida de su capacidad para ser madre representaba para ella una imposibilidad para formar una pareja y, con ello, la ausencia de una razón para vivir:

...nunca podré tener hijos [...] los hombres quieren hijos [...] me quisiera morir, no quisiera salir adelante de ellos (sus padres) [...] ya no quiero vivir sin mi matriz. [...] ya no quiero, que ya no me recuerden nada de lo que pasó, me duele pues haber hecho todo lo que hice... (17 años, primaria completa, soltera, H. público) (E030).

La vivencia del proceso se agrava cuando la mujer presenta identidades devaluadas y sentimientos de aislamiento y falta de apoyo. Un caso que expresa estas condiciones es el de Guadalupe (E039), mujer separada de 40 años con sólo tres años de estudio, originaria del estado de Morelos, con experiencias de violencia, maltrato y agresión en sus uniones anteriores, en las cuales tuvo hijos y se los negaron cuando con el apoyo de su madre se separó de la pareja. Aunque recibió apoyo material en la búsqueda y pago de la atención del aborto por parte de su cuñada y hermano, en cuya casa estaba acogida, expresó sentimientos de aislamiento, de falta de apoyo emocional y de no tener un lugar en el mundo. Las experiencias de Norma y Guadalupe son vivencias de depresión, angustia, anulación, pérdida de identidad y de razones para vivir, en los extremos de la vida reproductiva: la adolescencia y la madurez. Ambas tenían vidas marginadas y centraban su identidad de mujer en el matrimonio y la maternidad. En el primer caso, la pérdida de la capacidad para tener hijos le anulaba toda posibilidad de construir un proyecto de vida. El segundo caso, presentaba una larga experiencia negativa en sus matrimonios y en la maternidad, ya que había tenido dos uniones con parejas que ejercían violencia contra ella y seis hijos retenidos por las parejas. En la actualidad estaba acogida con familiares pero no tenía espacio propio, ni ingresos, ni un rol definido por lo que este aborto representó una confirmación de la imposibilidad para incorporarse a algún proyecto de vida (el de la pareja).

Las mujeres que tenían mayor autonomía y estaban incorporadas en el mercado laboral, lo que les permitía contar con recursos propios y con más relaciones sociales, afrontaron el aborto en condiciones diferentes, aunque no siempre efectivas y sin riesgo. Este sería el caso de Catalina (E013), estudiante de 22 años, con estudios técnico-profesionales y un proyecto de vida de superación personal, con su propio esfuerzo, y con capacidad para afrontar situaciones difíciles. Sus redes sociales eran amplias y heterogéneas, con vínculos fuertes pero muy dispersas, en diferentes estados del país y en Estados Unidos, donde residían sus padres y hermanos. Catalina no recibió apoyo de su pareja, un hombre casado que

puso en duda su paternidad respecto al embarazo y la abandonó. No obstante, recibió apoyo material y emocional de su red de Cuernavaca, amigas y primas, en el momento que lo demandó. Catalina mantuvo un comportamiento de gran autonomía e independencia, y acudió sola al hospital pero al no llevar recursos económicos no fue atendida. En dos ocasiones vivió la experiencia de rechazo hasta que finalmente recurrió a una amiga que le prestó dinero para realizarse el ultrasonido que le solicitaban en el hospital como un requisito para su ingreso. Aunque tenía experiencia y capacidad para afrontar problemas y moverse en los ámbitos urbanos e institucionales, su atención se retardó poniendo en riesgo su vida, ya que su aborto era de embarazo de más de tres meses. Catalina calificó de segregacionista y culpabilizador el trato que recibió en el hospital. La movilización tardía del apoyo puede relacionarse con dos aspectos, uno relacionado con su identidad de persona capaz de controlar su vida y de resolver sus problemas y, otro, con las características de su embarazo de mujer soltera sin pareja, una identidad estigmatizada, la de “madre soltera”, como ella lo expresó en varias ocasiones.

Elisa (E028) es otro caso de una mujer con autonomía para afrontar su vida y el aborto. Madre soltera, de 25 años, incorporada en el mercado laboral y con gran autonomía en el trabajo. Elisa enfrentó el proceso de aborto con apoyo de su madre y su vecina y amiga. Elisa vivía con su hijo en casa de su madre y era la principal proveedora del hogar. Ante los síntomas de aborto buscó el apoyo de su madre y amigas, demandando a cada una el tipo de apoyo que ella consideró le podían prestar, de orden material o emocional. Si bien su madre la acompañó al hospital y cuidó de su hijo, Elisa señalaba que no quería ver a sus hermanos mayores porque había tenido una experiencia negativa en su anterior embarazo. Esta mujer relataba que su hermano mayor y especialmente su hermana no le apoyaron y por el contrario, la maltrataron y que únicamente su madre la había apoyado en toda ocasión. Expresaba de esta manera su percepción sobre la capacidad de apoyo de los diferentes miembros de la red de acuerdo con su experiencia. Incluso señalaba que su red social era amplia y heterogénea, e identificaba claramente con quién podía contar para determinados apoyos. Dos señores, para quienes trabajó, le prestaban dinero cuando tenía necesidad. Elisa se presentaba pues como una persona de crédito. Esto supuso afrontar el aborto con menos angustia, aunque no sin riesgo, ya que Elisa ingresó por segunda vez con un proceso infeccioso debido a que habían quedado restos placentarios en su primer legrado.

El apoyo social y las instituciones de salud

Las instituciones de salud se constituyen muchas veces en barreras que retardan y hacen poco efectivo el apoyo, especialmente para este grupo de mujeres que acudieron a los servicios de salud públicos en demanda de atención de las complicaciones de un aborto y que contaban con redes sociales muy precarias.

Aunque hay mujeres que expresaron una opinión positiva de la atención recibida en el hospital, son comunes las percepciones negativas en torno al apoyo institucional, tanto por problemas relacionados con el personal de salud como por obstáculos administrativos que debilitaban el de por sí escaso apoyo que reciben estas mujeres de sus redes sociales. Algunas mujeres se quejaron de una atención tardía, retardada y lenta, y de la falta de atención a su dolor. Una mujer narraba que estuvo toda la noche sufriendo y sintiendo un gran dolor para el que no le administraron nada. Esta misma mujer vivió la experiencia de ser rechazada en dos ocasiones antes de su ingreso porque no traía dinero para pagarse un ultrasonido, de forma que la atención a un problema urgente se retardó un día entero. El médico que la recibió en la tercera ocasión le reclamó por haber retardado la atención y expresó una opinión en contra de la actitud de los médicos que le habían rechazado. En opinión de la mujer, estos hechos ocasionaron la muerte de su bebé. Esta actitud de los médicos de negar o retardar la atención cuando una mujer acude por un problema de aborto —por falta de recursos de la mujer, por ausencia de médico o por falta de material para la atención— junto con los discursos y prácticas regulatorias de los médicos, actúan como desestimulantes en las mujeres para acudir oportunamente a los servicios de salud ante este problema. Pero es en los hospitales privados de asistencia social donde son más graves las actitudes estigmatizantes, culpabilizantes y penalizadoras contra las mujeres. Norma era una adolescente que acudió por complicaciones de un aborto probablemente inducido (ella aceptó haber realizado acciones para interrumpir el embarazo) en estado de emergencia grave, estado séptico semi-inconsciente. En el siguiente testimonio, la madre de Norma narra la experiencia de su paso por un hospital privado de asistencia social donde fue obligada a hincarse ante la virgen, aún en ese estado de gravedad, antes de ser transferida al hospital de Cuernavaca:

...dice (la hija) 'me llevaron en un cuarto, como aquí [...] me hicieron hin-

car ante la virgen de Guadalupe [...] y me hicieron que me persigne y que me hinque' [...] a nosotros (los padres) nos obligaron, cuando ya veníamos de salida [...] dicen 'pasen allí a dar limosna con la virgen', yo obedecí... (17 años, primaria completa, soltera, H. público) (testimonio de la madre) (E030).

Una de las barreras más importantes para retardar la demanda de atención es la cuestión del pago de los costos hospitalarios, ya que para ello las familias deben localizar a una persona de su red o a un prestamista que les apoye con dinero, así como con donadores de sangre para disminuir los costos de hospital. El pago de los costos hospitalarios, de los medicamentos, de ultrasonidos y del transporte constituye el elemento más importante para la demanda de apoyo material en estas mujeres, junto con la información y contacto sobre el lugar a donde pueden acudir para atender su problema. El problema del pago de los costos hospitalarios, que suele representar más de su salario mensual de sobrevivencia —en una familia con varios hijos y un único ingreso— genera una nueva situación de estrés en las mujeres ingresadas, ya que si no se paga la mujer no puede ser dada de alta.

Un aspecto, común en las mujeres ingresadas, relacionado con la recepción de apoyo emocional y con la generación de estrés, es el aislamiento de la mujer en la sala hospitalaria donde está ingresada. En el grupo entrevistado, las mujeres se mostraban preocupadas porque no sabían de sus hijos, ni de quién se ocupaba de cuidarlos o bien si se encontraban solos. Además, varias mujeres expresaron que sabían que algún familiar había llegado a visitarles y que no pudieron verlas.

ABORTO CLANDESTINO EN CONDICIONES SEGURAS

Las experiencias y condiciones para la resolución del aborto fueron diferentes cuando las mujeres establecieron contacto, a través de algún elemento de su red social, con redes organizacionales que les facilitaron la resolución de su problema en unas condiciones que disminuyeron o anularon los riesgos para su salud y que les permitieron afrontar este proceso sin actitudes culpabilizadoras y penalizadoras.

Las historias sobre las condiciones de sus embarazos, en el grupo de mujeres que demandó la interrupción de su embarazo, presentaban embarazos socialmente discriminados por su condición de adolescentes, sol-

teras, sin pareja, o bien de mujeres separadas de la pareja. Estas mujeres expresaron que no podían continuar con el embarazo en ese momento de sus vidas, porque la maternidad implicaba una responsabilidad y no contaban con las condiciones de recursos materiales y emocionales para afrontarla, debido a la inestabilidad con la pareja y/o la falta de recursos suficientes, a la existencia de un proyecto de vida que imposibilitaba continuar el embarazo, la terminación de sus estudios y la consolidación de un proyecto de pareja con un hombre responsable.

Las características personales y de sus redes sociales determinaban tanto su capacidad para manejar y resolver un evento adverso, como el embarazo no deseado, como la posibilidad de establecer contactos que le ayudaran a resolver su problema. Las mujeres de este grupo tenían un mayor grado de autonomía e independencia —estaban incorporadas en el mercado laboral y tenían ingresos propios— y contaban con un proyecto de vida no centrado exclusivamente en el matrimonio y la maternidad. En el caso de una adolescente de 15 años fue su madre, quien reunía estas características, la que ocupó el rol principal en la solución del problema del embarazo de su hija. En cuanto a las redes sociales, todas ellas tenían personas en su red (madre, hermana, cuñada, pareja, amiga) con contactos y conocimientos de las redes sociales a donde acudieron en busca de apoyo. Además, las mujeres mostraban una óptima capacidad de manejo del problema y únicamente comunicaron su problema a las personas de su red social que le podían prestar algún tipo de apoyo, material (pago de los costos de la clínica) o emocional (compañía, entendimiento), y que le mostraran comprensión sin condenarlas por esa acción. En este sentido, mencionaron que a las personas que les confiaron su problema del embarazo fue para demandar su ayuda “*no por chisme*”.

Con respecto a la pareja, si mantenían el contacto, le comunicaron su decisión o bien la tomaron conjuntamente, solicitándole apoyo material y emocional, así como la comprensión de su decisión. Este grupo de mujeres mantenía en su discurso una posición en pro de la equidad de género y los derechos reproductivos y defendieron su decisión de no continuar el embarazo incluso ante la actitud de oposición de la pareja. En el caso de una adolescente de quince años, estudiante, la pareja no tuvo conocimiento del embarazo derivado de las relaciones sexuales ocasionales, ni del aborto.

Este apoyo de la red social personal y de las redes sociales de mujeres disminuyó los riesgos del aborto, dadas las condiciones materiales pa-

ra su resolución, ya que se realizó con procedimientos higiénicos y seguros. Asimismo, las condiciones de apoyo emocional, de reforzamiento de su autoestima, y de conciencia de derecho, por parte de la red social personal y de las organizaciones de mujeres, disminuyó la culpabilidad y el impacto psicológico y emocional del aborto en la mujer.

DISCUSIÓN

Las características y funcionamiento de las redes sociales son determinantes en la búsqueda y resolución del aborto. No obstante, la estructura y el funcionamiento de las redes sociales está determinada por elementos tanto estructurales, socioculturales como personales de las mujeres (Gracia *et al.* 1995; Saranson *et al.* 1990; Pierce *et al.* 1990; House *et al.* 1988). Las condiciones de vida en las mujeres más pobres y marginadas, en los límites de la sobrevivencia, condiciona la capacidad para afrontar los problemas y les orillan a unos comportamientos que, en el caso del aborto, conllevan un gran riesgo para sus vidas. El apoyo efectivo de la red social facilita el acceso a la atención del aborto en condiciones más seguras, tanto en términos emocionales como de salud.

El contexto social y legal⁸ del aborto conforma determinadas estrategias de afrontamiento (*coping*) en las mujeres y condiciona la búsqueda y recepción de apoyo social, por la situación de estrés que este evento les genera (Wortman y Lehman 1985; Pearlin 1983). Prácticamente en todas las mujeres se percibe el deseo de mostrar que su aborto era espontáneo, que no sabían que estaban embarazadas, y que no fue su culpa; incluso en algún caso la mujer condena expresamente el aborto como un delito y a las mujeres que lo tienen como criminales. Todas las mujeres buscan, a través de diferentes estrategias de exculpación, evitar que se las identifique con esa identidad estigmatizada. Y hay que considerar que la condición estigmatizante del aborto no se logra modificar con la legalización del aborto, como han documentado en países que modificaron la

⁸ En México, la práctica del aborto está penalizada en los códigos penales de las 32 entidades federativas de la república mexicana, salvo excepciones —por violación, por peligro de muerte de la madre, por imprudencia, por causas eugenésicas, por grave daño a la salud de la madre, por inseminación no deseada y por causas socioeconómicas— que difieren en las distintas entidades federativas (GIRE 2000a).

condición legal del aborto como Francia (Cesbron 1997) y España (Velasco 1995), ya que la condena social es reforzada a través de los discursos y prácticas, las campañas, de los grupos anti-abortistas y, además, el cambio en los valores sociales ocurre más lento que el cambio legal.

El estigma, junto con la penalización del aborto, obliga a actuar en la clandestinidad lo que constituye una limitante para que las mujeres acudan en demanda de atención para las complicaciones de abortos inducidos o de abortos espontáneos. Las mujeres mantienen en secreto los embarazos no deseados y los síntomas de aborto, esperando que se resuelvan espontáneamente sin la intervención y conocimiento de la red social. Esto origina que la mayoría de los abortos lleguen al hospital en condiciones de extrema urgencia y que, además, por su condición de abortos son relegados para su atención frente a otros problemas como la atención de los partos. Estos condicionantes sociales del aborto arriesgan la vida y la salud reproductiva de las mujeres, especialmente la de las más pobres y marginadas.

Las narrativas de las mujeres muestran la gran variedad de historias de aborto, las diferentes características e historias de vida de las mujeres que acuden por un proceso de aborto a los hospitales, que contrastan con las imágenes estereotipadas de la “mujer que aborta” difundida por los grupos anti-abortistas, así como con la imagen homogénea que tienen los médicos y el personal de salud ante una mujer que acude con un proceso de aborto. Sus historias de vida, en condiciones de alta marginación e incertidumbre, junto con la precariedad de sus redes sociales, condicionaba su capacidad de manejo tanto de los eventos de su vida cotidiana como de situaciones como el aborto. De esta manera, y como integrantes de un grupo social de alta marginación, las características personales y de su red social definieron la experiencia del aborto, como un hecho más o menos traumático según la capacidad de las mujeres para movilizar el apoyo y según la estructura y funcionalidad de su red social. Las mujeres no sólo exponen su vida y su salud reproductiva, sino que el evento les genera sentimientos de angustia, miedo, dolor y depresión, junto con el problema de la deuda que contraen por el pago del hospital que en sus condiciones de máxima pobreza les hace más incierto el futuro.

Es importante destacar, el apoyo de las redes de mujeres en la resolución de un aborto, las cuales hacen que un hecho traumático como éste pueda ser vivido en condiciones de menor riesgo y con apoyo emocional y psicológico. No obstante, la investigación muestra las dificultades

para que estas redes organizacionales sean accesibles a los grupos de mujeres que más lo necesitan. Dadas las relaciones sociales escasas y marginales que tienen muchas de las mujeres en extrema pobreza, en repetidas ocasiones por cuestiones de violencia y maltrato, es poco probable que puedan conectar con estas redes de apoyo a mujeres. Cuando ellas mujeres tienen un trabajo remunerado, aumentan las posibilidades de tener contactos lo que hace más accesibles tanto los hospitales como las redes organizacionales de mujeres. No obstante, la gran mayoría del grupo de mujeres entrevistadas se dedicaba únicamente al cuidado del hogar.

De esta manera se delinean problemas de diferente orden sobre los que se podría intervenir, por una parte, los determinantes de orden socio-político sobre la condición de estigma y delito del aborto que definen las prácticas y actitudes frente al aborto, tanto de los médicos como de la población y que como vimos se constituyen en elementos que condicionan el apoyo e incrementan el riesgo para las mujeres que presentan un aborto. Por otra parte, y más allá de las condiciones estructurales de pobreza y marginación, las mujeres afrontan condiciones que disminuyen la capacidad de control de su vida, por lo que fortalecer estos elementos ayuda importantemente en la evolución y el control de sus vidas.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación recibió el apoyo financiero del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México, la Organización Panamericana de la Salud y la Carnegie Foundation. Deseo expresar mi reconocimiento al Dr. Roberto Castro, coordinador del proyecto, al Dr. Mario Bronfman, impulsor del mismo, y a las psicólogas Clara Juárez y Rosario Valdés que realizaron las entrevistas. Agradezco especialmente a las mujeres que nos contaron sus experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRÓN, C.I. y M. NÁJERA (1997), *Investigación sobre el tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe*. Lima, CLADEM.
- BERGER, P. y T. LUCKMANN (1986), *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- BERMÚDEZ, V. (1998), *Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe. Estudio comparativo*. Lima, Perú: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).
- BRITO DE MARTÍ, E. (1994), "Liberalización, despenalización o legalización". En: Adriana ORTIZ ORTEGA (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México, D.F., Edamex/The Population Council: 126-128.
- CARDICH, R., y F. CARRASCO (1993), *Desde las mujeres. Visiones del aborto*. Lima, Perú, Movimiento Manuela Ramos/Population Council.
- CECIL, R. (1994), "'I wouldn't Have Minded a Wee One Running About': Miscarriage and the Family". *Social Science and Medicine*, 38(10):1415-1422.
- CESBRON, P. (1997), Menaces sur la liberté d'avorter. Pressions physiques et politiques contre les droits des femmes. *Le Monde Diplomatique*, février 1997, p. 14.
- CONAPO (2000), *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana*. México: Consejo Nacional de Población.
- ERVITI, J. (2001), *Aborto y redes sociales en México. Significados, vivencias y apoyo social a mujeres*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
- ERVITI, J. y R. CASTRO (2004). "Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal with Miscarriage and "Spontaneous" Abortion". *Qualitative Health Research Journal*, 14(8) (en prensa).
- GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL (2002), "Circular/GDF-SSDF/0202. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal", México, 12a. Época, núm. 57, 23 de julio, pp. 22-25.
- GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL (2002), "Acuerdo número A/004/2002. Lineamientos para la actuación de los Agentes del Ministerio Público, para autorizar la interrupción del embarazo cuando sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida de conformidad con lo establecido en el artículo 131 Bis del Código de procedimientos penales para el Distrito Federal", México, 12a. Época, núm. 93, 11 de julio, pp. 2-3.
- GIRE (2000a), *Miradas sobre el aborto*. Mexico: Metis-GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida).
- GIRE (2000b), *Paulina: en el nombre de la ley*. México: GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida).
- GLASER (1978), *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. San Francisco, Universidad de California.
- GOFFMAN, E. (1973), *Stigma*. Hammondsworth, Londres, Penguin Books.
- GONZÁLEZ, A.I. (1995), "Crimen y castigo: el aborto en la Argentina", en: Soledad GONZÁLEZ MONTES (comp.), *Las mujeres y la salud*. México. El Colegio de México: 167-197.

- GONZÁLEZ DE LEÓN-AGUIRRE, D. (1994), "Los médicos y el aborto". *Salud Pública de México*, 37(3):248-255.
- GRACIA, E., J. HERRERO y G. MUSITU (1995), *El apoyo social*. Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- GRUPO CINCO (1991), *Sobre el aborto (una antología)*. México, APIS/CIDHAL/EMAS/GEM/MAS.
- HENSHAW, S.K., S. SINGH y T. HAAS (1999), "The Incidence of Abortion Worldwide". *Family Planning Perspectives* 25(S):S30-S38.
- HOUSE, J.S., D. UMBERSON y K.R. LANDIS (1988), "Structures and Processes of Social Support". *American Review of Sociology*, 14:293-318.
- LAMAS, M. (1994), ¿Qué necesita oír la sociedad mexicana sobre el aborto? En: A. ORTIZ ORTEGA (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México, D.F., Edamex/The Population Council: 119-123.
- LAMAS, M. (1997). "The Feminist Movement and the Development of Political Discourse on Voluntary Motherhood in Mexico". *Reproductive Health Matters*, 10:58-67.
- LAZARUS, E.S. (1997), "Politicizing Abortion: Personal Morality and Professional Responsibility of Residents Training in the United States". *Social Science and Medicine*, 44(9):1417-1425.
- LEZANA, M.A. (1999), "Evolución de las tasas de mortalidad materna en México", en: M. del Carmen ELÚ y Elsa SANTOS PRUNEDA (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, D.F.: UNFPA/Population Council.
- LLOVET, J.J. y S. RAMOS (2001), "El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro". En C. STERN y J.G. FIGUEROA (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México D.F.: El Colegio de México, pp. 285-322.
- LÓPEZ GARCÍA, R. (1994), "El aborto como problema de salud pública". En: M.C. ELU y A. LANGER (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, IMES, A.C.
- MEAD, G. (1979), *Espíritu, persona y sociedad*, Buenos Aires: Paidós.
- MORA TELLEZ, M. (1995), *Aborto. Factores involucrados y consecuencias*. Bogota, Colombia, Fundación Moriah.
- NATIONS, M.K., C. MISAGO, W. FONSECA, L.L. CORREIA y M.R. CAMPBELL (1997), "Women's Hidden Transcripts about Abortion in Brazil". *Social Science and Medicine*, 44(12):1833-1845.
- OSIS, M.J.D., E. HARDY, A. FAUNDES y T. RODRIGUES (1996), "Dificuldades para obter informações da população de Mulheres sobre aborto ilegal". *Rev. de Saúde Pública*, 30(5):444-451.
- PEARLIN, L.I. (1983), "Role Strains and Personal Stress". En H.B. KAPLAN (ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*. New York, Academic Press.

- PÉREZ DUARTE Y NOROÑA, A.E. (1993), *El aborto. Una lectura de derecho comparado*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- PERIÓDICO OFICIAL "TIERRA Y LIBERTAD" (2000), Órgano del Gobierno del Estado de Morelos, Gobierno del Estado/Poder Legislativo, 18 de octubre de 2000, No. 4083. 2-3.
- PONIATOWSKA, E. (2000), *Las mil y una... (la herida de Paulina)*, Mexico: Plaza y Janés Editores.
- PETCHESKY, R.P. (1990), *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*. 2a. edición, Boston, Northeastern Press.
- PIERCE, G.R., B.R. SARANSON e I.G. SARANSON (1990), "Integrating Social Support Perspectives: Working Models, Personal Relationships and Situational Factors". En S. DUCK (ed.), *Personal Relationships and Social Support*. London, Sage.
- PORTER, E. (1996), "Culture, Community and Responsibilities. Abortion in Ireland". *Sociology – The Journal of the British Sociological Association*, 30(2):279-298.
- RANCE, S. (1997a), "Safe Motherhood, Unsafe Abortion: A Reflection on the Impact of Discourse". *Reproductive Health Matters*, 9:10-19.
- RANCE, S. (1997b), *Discursos médicos en torno al aborto: Estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social*. La Paz, Bolivia: IPAS/SNS/DFID.
- RIVAS, M. y A. AMUCHASTEGUI (1996), *Voces e historias sobre el aborto*. México, D.F.: Edamex/The Population Council.
- RODRIGUEZ, K. y J. STRICKLER (1999), "Clandestine Abortion in Latin America: Provider perspectives". *Women & Health*, 28(3):59-75.
- ROE, K.M. (1989), "Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion amid Competing Definitions". *Social Science and Medicine* 29(10):1191-1198.
- SARANSON, B.R., I.G. SARANSON y G.R. PIERCE (1990), "Traditional Views of Social Support and their Impact on Assessment". En B.R. SARANSON e I.G. SARANSON (eds.), *Social Support: An Interactional View*. New York, Wiley.
- SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (2002), *Manual de procedimientos para la interrupción del embarazo en las unidades médicas*, México, SS del DF, 27 de febrero.
- SINGH, S. y D. WULF (1994), "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* (número especial): 3-13.
- SCHUTZ, A. (1974), *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- TARRÉS, M.L. (1994), "Desde el movimiento feminista hacia el sistema político: Estrategias y representaciones de los actores que participan en el debate sobre el aborto en la prensa mexicana, 1974-1990". *Representaciones Sociales y Movimientos Sociales*. Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. OMS/AGI/Universidad de Externado, Bogota, Colombia, 15-18 noviembre, pp. 31-49.
- TOLBERT, K., N. EHRENFELD y M. LAMAS (1996), "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento". En: A. LANGER y K. TOLBERT (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, The Population Council/Edamex.
- TORRES, J.A. (1995), "Crónica de miles de muertes (por aborto) anunciadas". En: B. TOMASINI, G. HIERRO, M.M. VALDÉS, M. BUECHOT, J.A. TORRES y A. HERRERA, *Dilemas morales de la sociedad contemporánea*. México, D.F., Editorial Torres Asociados, pp. 79-85.
- VALLE GAY, A. (1994), "¿Por qué callan las mujeres?". En: A. ORTIZ ORTEGA (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México, D.F., Edamex/The Population Council: 159-162.
- VELASCO, S. (1995), *Naufragios. Mujeres y aborto*. Madrid, Libertarias/Prodhufi.
- WEBER, M. (1985), *Economía y Sociedad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- WORTMAN, C.B. y D.R. LEHMAN (1985), "Reactions to Victims of Life Crisis. Support Attempts that Fail". En I.G. SARANSON y B.R. SARANSON (eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht, The Netherlands, Martinus Nijhoff.

DERECHOS HUMANOS Y LOS SERVICIOS DE ABORTO

MARTA TORRES FALCÓN*
LUCÍA RAYAS**

INTRODUCCIÓN

En el terreno de los temas difíciles de cubrir, el aborto ocupa un lugar sobresaliente. Despierta todo tipo de reacciones y prácticamente nadie deja de tener una opinión al respecto. Fue uno de los primeros temas del movimiento feminista y continúa alto en la agenda. Se trata en el ámbito local, nacional y también internacional. Se discute en la prensa, en los parlamentos y en las cortes de justicia. Y también en los hospitales, las salas de emergencia, las ambulancias, las delegaciones de policía, las actas de defunción. Se escucha la palabra en la intimidad de una charla de café, en la recámara cerrada, en un baño de mujeres. Y también, por fortuna, en las clínicas especializadas en salud reproductiva, en las reuniones internacionales, en un vehículo de regreso a casa después de un procedimiento bien hecho.

Como muchos otros temas que el feminismo ha sacado del ámbito privado y colocado en la discusión y el debate público, el aborto es un fenómeno multifacético que puede abordarse desde diversos ángulos, según el aspecto que se quiera priorizar en el análisis. El objetivo de este artículo es analizar tanto la parte conceptual como la práctica del aborto en el marco de los derechos humanos y con una visión de género. Esto último significa que el énfasis está colocado en la autonomía de las mujeres, en la posibilidad de controlar la fecundidad como un punto de partida para alcanzar un estatus de igualdad y como un derecho inalienable.

* Investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México.

** Maestra en estudios de género por El Colegio de México (PIEM), consultora independiente sobre derechos reproductivos.

Con esta perspectiva, iniciamos con un análisis de la noción tradicional de los derechos humanos y subrayamos que su carácter androcéntrico se sustenta en múltiples exclusiones; analizamos también la necesidad de reformular esa propuesta y construir un nuevo concepto de sujeto de derechos, que recoja la dualidad del género humano. En un segundo apartado revisamos la preeminencia de la protección a la salud cuando se estudia el aborto. Este marco general nos permite entrar a la discusión de la interrupción del embarazo como un derecho humano; iniciamos con la reivindicación de la autonomía de las mujeres, en particular con respecto a su capacidad reproductiva; revisamos el concepto e incidencia de abortos en condiciones de riesgo, y cerramos el apartado con el análisis de la legislación correspondiente.

Finalmente, abordamos el tema de los derechos humanos y sus transgresiones en los servicios de aborto, que pueden tener muy diversas causas.

Es innecesario señalar que por tratarse de la práctica clandestina y atravesada por una doble moral, existen vacíos en la información y las cifras son engañosas. Aun con su parcialidad, los datos disponibles revelan que el aborto es un problema de salud pública que reclama atención urgente y que las legislaciones restrictivas no han inhibido su práctica.

1. GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

1.1. Las exclusiones

El concepto de derechos humanos no es nuevo, si bien en los últimos años se ha utilizado en diversos espacios y de manera recurrente, precisamente para ilustrar transgresiones o, más específicamente, desigualdades. Así, se habla de los derechos humanos de indígenas, de migrantes, de pacientes con VIH, de lesbianas y homosexuales, etcétera. El hecho refleja algo más que una formulación de consignas políticas o una actitud militante claramente acotada. La multiplicidad de referentes indica nítidamente las exclusiones sobre las que se construye la noción de derechos humanos. El proceso, lleno de altibajos y contradicciones, remite a una historia que conviene tener presente cuando se habla, concretamente, de transgresiones a los derechos humanos de las mujeres.

Un breve recorrido por la historia de las definiciones y conceptos, que vieron la luz en las postrimerías del siglo XVIII y que en la actualidad

siguen sin lograr consensos, revela que las necesidades de las mujeres han estado ausentes de la regulación jurídica hasta bien avanzado el siglo XX y que muchas veces entraron en la legislación por la puerta oblicua.¹

Además, hay que recordar que detrás de cada derecho o prerrogativa, existe un movimiento que enarbola ese estandarte y sostiene una lucha denonada. Al hablar del origen de los derechos humanos, el referente obligado es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, con la que culmina la Revolución Francesa.² Con este instrumento se inaugura un discurso filosófico con consecuencias jurídicas y políticas, que se asocia de manera indiscutible con la modernidad y en cuyo centro está la noción de igualdad.

En las sociedades tradicionales es posible aludir a los designios de la naturaleza, la inmutabilidad del destino y, de manera destacada, el origen divino de los reyes y lo incuestionable de sus mandatos. En ese orden todo tiene una explicación simple y para todo hay un lugar. Las cosas son como son porque así han sido siempre y no hay dudas de su legitimidad. En las sociedades modernas, por el contrario, se desechan los razonamientos simplistas, las alusiones al destino, a la naturaleza y en general todo lo que no resista un minucioso análisis racional. Ésa es la clave del Iluminismo: el imperio de la razón. De acuerdo con esta nueva visión de las cosas, los *hombres* nacen libres e iguales en la medida en que todos están dotados de razón. La racionalidad entonces aparece como un criterio indiscernible de la igualdad.

¹ Algunos ejemplos ilustran con claridad estas ausencias, omisiones y caminos sinuosos. La primera vez que apareció una mujer en la legislación no fue para reconocerle derechos laborales como madre trabajadora ni para garantizarle el ejercicio de la ciudadanía plena, ni para sugerir el establecimiento de cuotas de participación política, ni mucho menos para señalar mecanismos de exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos. No. Todo esto forma parte del acelerado proceso que iniciaron las feministas a fines del siglo XX. La primera mujer que figura en un cuerpo normativo es la infanticida, es decir, la delincuente que priva de la vida a su propio hijo. Más adelante veremos cómo la regulación del aborto y la del infanticidio constituyen líneas paralelas y eventualmente llegan a confundirse. Otros ejemplos se refieren a la regulación de la violencia sexual, que originalmente fue tipificado como delito contra la propiedad; en algunos países aún se extingue la acción penal si el agresor (o uno de ellos si el ataque fue tumultuario) ofrece matrimonio.

² Esa Declaración es considerada el primer documento oficial, histórico, sobre derechos humanos. Hay que mencionar también el Bill of Rights emanado de la lucha de independencia de las trece colonias norteamericanas de la corona británica. Ambos documentos contienen esencialmente los mismos principios.

El discurso igualitario de la modernidad pretende ser universal: todos los hombres son iguales. Sin embargo, el solo título de la Declaración revela que el sujeto de derecho, desde la definición misma del concepto y de manera indubitable en la práctica, resulta muy acotado. Para empezar, excluye de manera contundente a las mujeres.³ Tampoco la población rural, quienes carecieran de propiedades y los no cristianos encajaban en esta definición. El sujeto moral autónomo, paradigma de la titularidad de los derechos humanos, era entonces el hombre blanco, adulto, heterosexual, sano, propietario, ilustrado, cristiano. Por obvias razones, no vamos a detenernos en cada uno de estos factores de discriminación y rechazo. Únicamente vamos a subrayar que el concepto tradicional de los derechos humanos se sustenta en múltiples exclusiones, que reflejan y a la vez perpetúan desigualdades sociales y que, en cada una de esas variantes, el género constituye una alteridad radical.⁴

La situación de las mujeres ha ocupado un lugar destacado en la reflexión teórica en torno a la ciudadanía y la titularidad de los derechos civiles y políticos. En otras palabras, la exclusión no ha sido resultado de una aplicación parcial o defectuosa de determinados preceptos, sino que se encuentra incluso en el andamiaje conceptual. Entre los pensadores de la Ilustración destacan los contractualistas, precisamente por su propuesta teórica —abstracta— del tránsito del estado natural al estado civil. Los planteamientos de Thomas Hobbes, John Locke y Juan Jacobo Rousseau, que con visiones diferentes y desde posiciones políticas también diversas construyen sendas explicaciones hipotéticas de por qué los hombres deciden asociarse y suscriben para tal fin el pacto social, contienen a su vez una serie de contradicciones e inconsecuencias al abordar la cuestión de la familia y la situación de las mujeres.⁵

³ Es ampliamente conocida la muerte ejemplar de Olympe de Gouges, condenada a la guillotina por haberse atrevido a elaborar la contrapartida, en términos de género, de ese primer instrumento internacional: la Declaración Universal de los Derechos de la Mujer y la Ciudadanía.

⁴ Esto significa, en material de derechos, que las necesidades de las mujeres como mujeres siempre ocupan un lugar marginal. Así, si se discute la situación de una etnia determinada, por ejemplo, y se aborda el tema de las autonomías, las condiciones de vida de las mujeres pertenecientes a esa etnia y las consecuencias de la autonomía para ella, muy probablemente serán el último punto a discutir o de plano no figurarán en la agenda. Ser indígena implica una forma de discriminación; ser mujer indígena añade una segunda segregación.

⁵ Para un análisis más profundo del discurso de los contractualistas, véase Estela Se-

Según Thomas Hobbes, ningún contrato de subordinación es válido, pero las mujeres deben obedecer a los hombres porque en el tránsito al estado civil ceden voluntariamente el poder que originalmente tenían sobre los hijos. Esta cesión sin duda alguna es un contrato de subordinación, ya que implica un deber de obediencia, pero la contradicción pasa inadvertida. John Locke, defensor del parlamentarismo, sostiene un postulado básico que hasta la fecha constituye un pilar fundamental en los principios generales de la disciplina jurídica. La fuerza no hace derecho. Sin embargo, el mismo autor acaba diciendo que las mujeres deben estar sometidas porque son más débiles que los hombres. Finalmente, Juan Jacobo Rousseau hace toda una apología del hombre natural, sensiblemente superior al hombre civil, precisamente porque no está contaminado por las instituciones; no obstante, las mujeres son inferiores porque están más cerca de la naturaleza.⁶ A esta posición Rousseau alude con el apelativo de pre-sociales.

Como puede verse, las mujeres no están olvidadas por la teoría, ni tampoco son incluidas en el genérico “hombre”. En este caso, como en la mayoría, el vocablo no es sinónimo de humanidad. En otras palabras, la mitad de la humanidad no participa del pacto social, no suscribe ese contrato imaginario que implica la constitución de un poder político soberano. Esto significa que las mujeres no son consideradas seres libres, iguales, racionales y, de manera destacada, con voluntad propia. Esto último es fundamental para el análisis de los derechos humanos, cuyo ejercicio requiere, por definición, la existencia de una voluntad. Si las mujeres aparecen, desde las construcciones teóricas y en los propios ordenamientos, tanto declarativos como normativos, como seres sin voluntad, ¿cómo podrían constituirse en sujetos de derechos?

Carole Pateman (1992) critica la teoría contractualista clásica desde una óptica feminista. De acuerdo con esta autora, la reclusión de las mujeres en el ámbito privado y su subordinación en ese espacio constituye una condición necesaria para que los hombres puedan actuar en el espacio público como seres libres e iguales. La exclusión de las mujeres de la

rret, *Identidad femenina y proyecto ético*, México, Miguel Ángel Porrúa, UNAM (PUEG), UAM-Azcapotzalco, 2001.

⁶ Huelga decir que el discurso de los contractualistas no es tan tajante ni las contradicciones resultan tan grotescas en una primera lectura; lo que se expone aquí es el resultado de un trabajo acucioso de deconstrucción y síntesis. Estela Serret, *op. cit.*

categoría de individuo (es decir, sujeto moral autónomo, titular de derechos) es anterior a la constitución de un estado civil y la firma del contrato social. En la teoría contractualista, las mujeres están confinadas en el ámbito de la familia y ese hecho marca su posición de marginalidad o más exactamente de alteridad.

¿Qué significa todo esto? Si la firma del contrato social es una solución abstracta, imaginaria, que da la teoría para explicar la constitución de un Estado soberano, ¿cómo es posible que la subordinación de las mujeres sea anterior a ese proceso? ¿Por qué requieren los hombres que las mujeres estén recluídas en el ámbito privado? ¿Qué implicaciones tiene ese hecho para su definición como individuos libres e iguales, es decir, como ciudadanos? Éstas son sólo algunas interrogantes que surgen en una lectura de las tesis contractualistas con una visión de género.

Como hemos visto, Hobbes, Locke y Rousseau no estaban particularmente preocupados por analizar la situación de las mujeres ni mucho menos por cuestionar su posición subordinada. Más bien intentaban justificarla cuando abordaron la organización de la familia. Tampoco le dedicaron mucha energía a esa justificación, como puede deducirse de sus contradicciones e incoherencias. Aun con esos argumentos falaces y parciales, para ellos el tema estaba concluido. Además, los textos de estos tres autores suelen citarse, incluso de manera obligada, en los estudios de ciencia política y teoría del Estado; rara vez al abordar los temas de género.

Pateman es una académica contemporánea cuya obra más importante es *El contrato sexual*. Un mérito indudable del texto es precisamente profundizar en la teoría, desentrañar lo que subyace al pacto social —siempre en el terreno conceptual— y sacar a debate una vieja preocupación del feminismo: la dicotomía público/privado. En la visión de Pateman, esta separación equivale a natural/civil y también a mujer/hombre.⁷ Hay un contrato de índole sexual previo al pacto social; su objetivo es establecer reglas de acceso carnal a las mujeres que, en la medida en que son aceptadas y respetadas por los hombres —obviamente, únicos participantes de ese contrato— sirven también para sentar las bases de

⁷ Un análisis de estos conceptos puede encontrarse en un trabajo multicitado de Sherry Ortner: “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”, en Olivia HARRIS y Late YOUNG (comps.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Amargama, 1979, pp. 109-131. Estela Serret, por otra parte, critica que Ortner confunde los niveles simbólico e imaginario, que reclaman un abordaje por separado.

igualdad y fraternidad entre ellos. Las mujeres son el objeto de intercambio, lo que implica que no tienen una intervención como individuos o, para decirlo en términos coloquiales, no tienen voz ni voto.⁸

En síntesis, las pretensiones de universalidad de la categoría de individuo, que se inaugura con la modernidad y que se hará equivalente a la de sujeto de derechos (centro de imputación de derechos y obligaciones, en términos de la doctrina jurídica) se estrellan en una práctica social y política que asigna los espacios público y privado a sujetos determinados. La reclusión de las mujeres en el ámbito privado ha implicado la falta de reconocimiento y valoración de sus funciones y tareas y, de manera destacada para nuestro análisis, la carencia de regulación legal. La operación ha sido relativamente simple: todo lo que tiene que ver con las mujeres se define como privado y todo lo privado se excluye de la regulación jurídica y la atención estatal.

En los últimos años, desde diversos espacios —el activismo y la militancia feminista, la academia, los partidos políticos— las mujeres han luchado por el reconocimiento de sus derechos y puesto sobre la mesa de debates la necesidad de adecuar la noción de los derechos humanos a las exigencias de las sociedades contemporáneas.

1.2. *La reformulación*

En 1948, por primera vez se utiliza, en la comunidad internacional, el término “derechos humanos” en sustitución de “derechos del hombre”, y se prohíbe expresamente cualquier forma de discriminación basada en el sexo.⁹ El concepto de derechos humanos, como hemos visto, no surge propiamente de la disciplina jurídica, sino de la filosofía. Se trata de un orden moral al que se acoge la comunidad internacional para establecer estándares mínimos de dignidad a los que los seres humanos se hacen acreedores por el mero hecho de serlo. De acuerdo con este principio, a

⁸ La propuesta de Carole Pateman encuentra sustento en la lectura e interpretación que hace de la obra Sigmund Freud, *Tótem y tabú*, que alude a la organización de las relaciones sociales, familiares y sexuales con base en la pertenencia a un determinado grupo cuyo eje de cohesión es el tótem. En otras palabras, hay que buscar mujeres en otras tribus. Ese es el tabú del incesto, ampliamente estudiado por Claude Lévi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco*.

⁹ Véase el artículo de Inés Borjón en este mismo volumen.

la persona humana —independientemente de raza, edad, origen étnico, preferencia sexual, ideología, sexo, condición física, etc.— corresponde la titularidad de esas prerrogativas, cuyos elementos básicos son la universalidad y la indivisibilidad.

Ya señalamos que el paradigma “tradicional” de los derechos humanos se desarrolló en un medio androcéntrico, patriarcal que tomó como referente de lo humano al hombre. Sin embargo, la “naturaleza dinámica de los derechos humanos permitió a las mujeres entrar en [esa] arena, enfrentar al discurso prevaleciente y ofrecer perspectivas frescas respecto de los elementos tanto teóricos como prácticos del debate. Las mujeres reconocieron que el consenso en torno a los derechos humanos de fines del siglo XX iba en una dirección que confirmaba la primacía —de maneras práctica y conceptual— de las necesidades de los hombres por sobre las de las mujeres, de los derechos civiles y políticos por sobre los sociales, económicos y culturales, y de la esfera pública por sobre la privada” (Schuler, 1995: 2).

Las mujeres han tenido que enfrentar múltiples dificultades para apropiarse de los derechos humanos y crear las condiciones para su ejercicio. Huelga decir que ambas tareas son procesos en curso. Desde la muerte ejemplar de Olympe de Gouges, las mujeres de muy diversas latitudes empezaron a organizarse por el derecho al sufragio. Se formaron ligas en varios países europeos y de otros continentes, y el siglo XIX fue escenario de batallas por el voto.¹⁰ En México, la posibilidad de acudir a las urnas en elecciones federales fue conquistada apenas en 1953, cinco años después de la Declaración de la ONU.

La crítica a la noción tradicional de los derechos humanos tiene que ir más allá de la mera denuncia de discriminación y horadar la construcción teórica. Por ello en el apartado anterior expusimos las tesis de los contractualistas y una de las críticas formuladas desde el feminismo. Sin duda, pelear por nuevos derechos, insistir en su reconocimiento y plantear la necesidad de crear mecanismos de exigibilidad son tareas fundamentales. En ese terreno, aun con altibajos, contradicciones y algún retro-

¹⁰ Sin embargo, el primer derecho que rearmaron las mujeres, mucho antes de que se integrara la primera liga sufragista, fue el de la educación. A principios del siglo XV, por primera vez una mujer (Cristina de Pizán) toma la pluma para defender el derecho a la educación como una prerrogativa que debía ser extensiva a todas las mujeres, independientemente de la clase social. La concepción de esta autora de un modo diferente e igualitario aparece en *La ciudad de las damas*.

ceso, se han logrado avances sustanciales. Sin embargo, si no se ataca la cuestión de fondo, es decir, la exclusión de las mujeres del concepto moderno de sujeto de derechos, siempre esa quedará pendiente. Alda Facio (1991) lo ha planteado con claridad al señalar que no se trata de agregar más derechos a la lista, porque de cualquier manera el rezago será inevitable, sino de reformular la noción misma de sujeto y construir un nuevo paradigma que constituya y refleje la dualidad del género humano.

El desafío que esto plantea es enorme. Para iniciar incluso la denuncia y abrir un debate en torno a las posibles interpretaciones de cada precepto, las mujeres han tenido que transitar, de la condición de mujeres, a la de seres humanos (Riley, 1988). En otras palabras, han tenido que salir de la alteridad y buscar que se les considere —trate, refiera, defina— como seres humanos. Para entender la complejidad de este proceso, hay que recordar que, al hacer del hombre el paradigma de lo humano, la oposición real no se da entre varones y mujeres, sino entre seres humanos (igual a hombres) y mujeres.

Los movimientos de mujeres han tenido un papel muy destacado en las diversas fases de este tránsito hacia lo humano: la denuncia de la exclusión, de la marginalidad en las definiciones, en los conceptos y en las prácticas política y social, de lo incompleto y por lo tanto defectuoso de las democracias patriarcales y de las nuevas elaboraciones, pretendidamente más incluyentes y horizontales. En este esfuerzo interpretativo, se ha logrado la creación de instrumentos específicos de reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, así como trabajo de monitoreo y seguimiento de las acciones concretas de su cumplimiento. En palabras de Charlotte Bunch (1993), los derechos humanos realmente generan activismo internacional y compromiso sostenido en amplios sectores de la población y mujeres de muy diferentes extracciones sociales, niveles educativos, religiones, etc.

Al poner en la mesa de las discusiones y debates internacionales la situación de las mujeres, se ha ampliado la esfera de responsabilidad estatal. El espacio privado, tradicionalmente ajeno a la regulación jurídica, reclama atención al señalar asuntos que por su trascendencia social no pueden permanecer al margen de la actuación gubernamental. Entre ellos está la violencia de género (reconocida como una transgresión a los derechos humanos apenas en la reunión de Viena en 1993), la salud reproductiva, el consentimiento informado,¹¹ y en general la autonomía

¹¹ Véase el artículo de María Vallarta en este volumen.

de las mujeres en relación con su propio cuerpo. Sobre este punto volveremos más adelante, pero desde ahora nos interesa subrayar su carácter de derecho humano que, como tal, debería ser protegido y garantizado por el Estado.

El cuestionamiento que se formula desde el feminismo alcanza también las generaciones de derechos humanos. La primera de ellas corresponde a los derechos civiles y políticos; en un segundo momento se habló de derechos socioeconómicos y por último, en la tercera generación, se abordaron los derechos culturales o de los pueblos. Aunque no se reconozca con claridad, las generaciones están jerarquizadas, como puede advertirse tanto en las definiciones como en los mecanismos de ejecución y cumplimiento; así, los civiles y políticos son de realización inmediata y existen diversos y muy reconocidos mecanismos para hacerlos efectivos. En cambio, los derechos socioeconómicos se definen incluso como de realización progresiva, que depende de las condiciones de cada país; los medios de exigibilidad corresponden también a este esquema de aproximaciones sucesivas. Finalmente, los derechos de la tercera generación ni siquiera alcanzan consenso sobre su definición conceptual, menos aún sobre la pertinencia de su traslado a la práctica, en este sentido se ha señalado, por ejemplo, que la defensa y aceptación de los derechos colectivos se traduce como una serie de limitaciones a los derechos individuales (hay que vestir de una forma determinada, hablar cierta lengua, participar de algunos rituales, etc.).

Para las mujeres, cada una de estas generaciones implica una segregación de sus asuntos y necesidades, y además se ven afectadas por la jerarquía mencionada. Por ejemplo, los derechos socioeconómicos las atañen directamente, porque su vinculación y dependencia incluso de los sistemas de seguridad social es mucho más fuerte que la de los hombres, porque son más vulnerables en el trabajo (menores salarios, falta de prestaciones, etc.) y acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud. Entonces resienten que esos derechos ocupen un segundo lugar, y resienten también que el acceso real a los servicios (por ejemplo, préstamos de vivienda, pensiones, seguro de desempleo) se da diferenciado por género. En el caso de la tercera generación, se ha documentado ampliamente cómo el derecho consuetudinario y las tradiciones resultan particularmente lesivos para las mujeres.

En síntesis, una reformulación de los derechos humanos desde la óptica del género y con miras a obtener un marco más equitativo, tendría

que recoger, de acuerdo con Margaret Schuler (1995), los siguientes objetivos fundamentales: a) Expandir la definición de derechos humanos para incorporar la experiencia y demandas de las mujeres como exigencias legítimas; b) Expandir la esfera de actuación estatal para incorporar en la agenda gubernamental diversos asuntos que hasta hoy siguen reclusos en el ámbito privado, y c) Crear y fortalecer mecanismos de exigibilidad de los derechos humanos, incluyendo las cortes internacionales.

La propuesta resulta particularmente útil al abordar la situación de las usuarias de los servicios médicos de aborto. En el siguiente inciso veremos la centralidad de la protección a la salud cuando se quiere abordar el tema de la interrupción del embarazo como un asunto de derechos humanos.

DERECHOS HUMANOS Y LA PROTECCIÓN A LA SALUD

El derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo sólo puede pensarse en el contexto de un Estado laico. Esto significa que deben existir, de manera clara y contundente, los siguientes elementos: la posibilidad real de decidir sobre el propio cuerpo y específicamente sobre su capacidad reproductiva, el reconocimiento amplio y sin cortapisas de la libertad de conciencia y, por lo tanto, las condiciones sociales, culturales y legales para el ejercicio de la voluntad. Por ello es un asunto de derechos humanos.

En ese marco, es en la protección a la salud donde mejor encuadran los derechos de las mujeres en los servicios de aborto. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud señala que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 1992). Según Rebecca Cook, esto implica que “los Estados tienen la obligación legal tanto de promover los servicios de salud, de protección social y de otros servicios conexos, como de prevenir o eliminar los obstáculos que se oponen a la consecución y conservación del bienestar físico, mental y social de la mujer” (Cook, 1994: 1).

Los derechos aplicables a la salud de la mujer empezaron con la adopción de la Carta de las Naciones Unidas en 1945, continuaron con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, que dio vida, en 1966, a los pactos económico y político, que también protegen el derecho a la salud. En el ámbito regional americano se crearon instrumentos de derechos humanos que contemplan la no discriminación por

sexo, y el respeto a distintos derechos relacionados con la protección y promoción de la salud.

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el instrumento principal para la protección de los derechos de las mujeres incluye, como derechos relacionados con la salud, los siguientes:

- La provisión de información en salud;
- Las prestaciones orientadas a la conservación y recuperación de la salud, incluida la rehabilitación;
- Las acciones de prevención y protección de la salud (problemas de salud pública tales como epidemias, mortalidad infantil, mortalidad materna, contaminación ambiental);
- Las garantías y derechos de las personas usuarias de los servicios públicos de salud en materia de seguridad personal y en lo que concierne al consentimiento libre e informado para conservar y recuperar su salud;
- La participación en los mecanismos para vigilar y orientar la gestión en salud;
- Los beneficios del progreso científico;
- Los medios para obtener justicia en caso de prácticas contrarias a sus derechos humanos, o de daños a su salud e integridad personal causados por actos u omisiones de agentes estatales o particulares, de acuerdo con las responsabilidades civiles, penales o administrativas establecidas.

Sin duda, todas estas prerrogativas son aplicables a los servicios de interrupción del embarazo. Más adelante vamos a ver en qué consisten las transgresiones a estos derechos básicos y a apuntar algunos posibles motivos de que este marco no se cumpla cabalmente. Antes de llegar a ese punto conviene anotar algunas reflexiones en torno a la autonomía. En el siguiente apartado abordaremos algunos aspectos éticos y legales de la atención.

EL DERECHO HUMANO A INTERRUMPIR UN EMBARAZO

3.1. Aspectos éticos y legales

Uno de los dos componentes fundamentales de los derechos reproductivos es la autonomía (el otro es el derecho a la salud reproductiva). La autonomía en el marco de la reproducción se refiere al derecho básico de

toda persona a decidir libre y responsablemente el número de hijos y su espaciamiento. Esto significa que todo individuo debe tener acceso a la información (incluso especializada), a la educación y, sobre todo, los medios necesarios para llevar a cabo la decisión que haya tomado.

El respeto a la autonomía desde una aproximación feminista a la ética toma como punto de partida la condena a la opresión (moral y políticamente inaceptable) y desde ahí busca promover las reformas necesarias para que las mujeres puedan, en palabras de Simone de Beauvoir, afirmarse como sujetos. En esta búsqueda, es fundamental reconocer la legitimidad de cada experiencia y dar a sus derechos y necesidades el estatuto que genuinamente les corresponde. El “compromiso feminista es eliminar la opresión contra las mujeres a través de la introducción de la justicia social” (Cook, 1994bis: 173). En efecto, es un problema de justicia social lograr que se respeten los derechos de las usuarias de un servicio de aborto, en particular cuando, debido al estigma que rodea al fenómeno, se producen prácticas que vulneran sus derechos al cuestionar el hecho mismo de interrumpir un embarazo.

Hablar del aborto como un derecho humano implica reconocer la autonomía de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sobre su reproducción y en última instancia sobre su vida. Y el tema de la autonomía nos remite de nueva cuenta al ejercicio de la voluntad, a la afirmación de que las mujeres somos seres humanos, al reconocimiento de derechos y a la creación de los mecanismos necesarios para que su ejercicio se produzca realmente en un contexto de libertad. Únicamente en la medida en que se reconozca la autonomía de la mujer, se aceptará también que cualquier razón (de tipo social, económica o psicológica) es válida para decidir no continuar un embarazo, porque acotar los motivos contradice la noción misma de autonomía. Sólo si el aborto se constituye como un imperativo ético y legal, el servicio estará disponible para la gran mayoría de las mujeres que lo necesiten (Berer, 2002).

El terreno de los servicios de salud es particularmente propicio a no respetar la autonomía de las mujeres, no sólo por principio sino en la práctica. En general, los profesionales de la salud suelen ser muy directivos: dicen a las mujeres exactamente lo que deben hacer, cómo y cuándo. Si ellas llegan a preguntar, la respuesta de los médicos tiende a infantilizarlas, a desconfiar de sus decisiones o simplemente a no tomar en cuenta que son seres autónomos. Esto es particularmente claro cuando el servicio de que se trata es de aborto.

Por otra parte, la regulación legal del aborto en muchos lugares ha seguido una secuencia que va de la condena total (tipificación como delito en todos los casos y sanciones de mayor o menor gravedad) al establecimiento de causales exculpatorias, el señalamiento de plazos y finalmente su regulación en el marco de los derechos humanos de las mujeres. Las restricciones para su ejercicio son limitaciones a la autonomía de las mujeres y se traducen en condiciones de riesgo que año tras año cobran miles de vidas, porque la práctica no disminuye.

3.2. Condiciones de riesgo

Para analizar las condiciones de riesgo que trae consigo la práctica del aborto, hay que tomar en cuenta varios factores. En primer lugar, conviene revisar las restricciones legales, ya que entre más permisiva sea la legislación, las mujeres correrán menores riesgos. Por otra parte, es necesario anotar que las estadísticas no son del todo confiables y los datos disponibles son muy limitados; el carácter clandestino de la gran mayoría de las interrupciones de embarazos, que no necesariamente coincide con la normatividad legal, se traduce, de entrada, en un subregistro insalvable. Además, el estigma que rodea a las mujeres que abortan, incluso en condiciones de legalidad, implica también alteraciones en las cifras.

Hechas estas salvedades, veamos de manera general y muy sintética las condiciones legales en el mundo.

Es interesante notar que dos de cada cinco mujeres en el mundo pueden interrumpir su embarazo sin que haya restricciones legales. Sin embargo, existen por lo menos dos aspectos que deben mencionarse junto con la permisividad legal. El primero de ellos se refiere a la normatividad cultural, que siempre tendrá mayor peso que la legal y que en muchos contextos puede seguir colocando un estigma sobre la mujer que aborta. El otro elemento es la disparidad entre los preceptos legales y los servicios efectivamente disponibles; en otras palabras, el hecho de que no haya condena legal no significa que se hayan creado espacios de seguridad y profesionalismo a los que puedan acudir libremente las mujeres.

Otro dato que llama la atención del cuadro 1 es que sólo el 4% de la población vive en países donde la prohibición del aborto es absoluta. La mayoría, entonces, se ubica en ese espectro donde el aborto se per-

Cuadro 1

<i>Restricción legal</i>	<i>% de la población mundial</i>	<i>Número de países</i>
Sin restricción alguna	41.0	49
Permitido para salvar la vida de la mujer	25.0	52
Permitido por razones socioeconómicas	20.0	6
Permitido por razones de salud física	10.0	23
Permitido por razones de salud mental	4.0	20
Prohibido en todos los casos	0.4	2

Fuente: *The Centre for Reproductive Law and Policy*, Nueva York, 1998.¹²

mite en determinadas circunstancias, lo que en la práctica se acerca más a la prohibición total que a la permisividad total, en buena medida por las razones señaladas en el párrafo anterior: el estigma social y la falta de servicios.

Este marco general, que parecería indicar que existen avances en el camino hacia la regulación del fenómeno como un derecho humano, en realidad genera más preguntas. ¿En verdad casi la mitad de la población mundial puede abortar sin restricciones? ¿Significa eso que en esos países existe un reconocimiento y el respeto consecuente con la autonomía de las mujeres? Y si las mujeres, en su mayoría, pueden interrumpir un embarazo porque su propia vida corre peligro, porque viven en condiciones de pobreza o por salud física o mental, ¿por qué se dice que el aborto es un tema de salud pública y una causa de mortalidad?

Las preguntas anteriores reflejan la complejidad del fenómeno, la dificultad para obtener cifras confiables, la conflictiva interacción de factores culturales, económicos, sociales y jurídicos y, en síntesis, lo poco que sabemos de las condiciones, causas y efectos de la práctica del aborto. No obstante, es un hecho que sigue cobrando muchas vidas, sobre todo en regiones en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que de los 210 millones de embarazos que se producen al año en el mundo, cerca de 46 millones (es decir, 22%) terminan en abortos inducidos; de ellos, 20 millones son inseguros. Esta estimación permite suponer que en el ámbito global, la mayor parte de las mujeres habrán tenido un aborto cuando cumplan 45 años. El cuadro 2 muestra algunas consecuencias de interrumpir un embarazo en condiciones de riesgo.

¹² Tomado de www.gire.org.mx

Cuadro 2. Aborto en condiciones de riesgo: incidencias y mortalidad globales y regionales.
Regiones de las Naciones Unidas 1995-2000

	<i>Regiones desarro- lladas</i>	<i>Regiones en desarrollo</i>	<i>América Latina y el Caribe</i>	<i>América Caribe</i>	<i>América Central</i>	<i>América del Sur</i>
Número estimado de abortos en condiciones de riesgo (000)	900	19 000	4 000	200	900	3 000
Tasa de incidencia (abortos en condiciones de riesgo x cada 1 000 mujeres de 15 a 49 años)	3	16	30	17	26	34
Proporción de incidencia (abortos en condiciones de riesgo por cada 100 nacidos vivos)	7	16	36	21	26	42
Número estimado de muertes relacionadas con abortos en condiciones de riesgo (000)	500	7 500	5 000	600	700	3 500
Tasa de mortalidad (muertes relacionadas con abortos en condiciones de riesgo por cada 100 000 nacidos vivos)	4	63	41	71	20	47
Proporción de muertes maternas (% de muertes maternas relacionadas con abortos en condiciones de riesgo)	13	13	21	18	14	24

Fuente: OMS. *Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*. Ginebra, 1997.

Las cifras son bastante elocuentes. En América Latina y el Caribe, cinco millones de mujeres mueren cada año por abortos inseguros, considerados como tales aquellos “procedimientos para terminar con un embarazo no deseado efectuado por personas que carecen de la capacitación para hacerlo, en un medio carente de los estándares médicos mínimos, o ambas” (OMS, 2003:12).

Hay dos cosas que quedan bastante claras. La primera es que la penalización del aborto no inhibe su práctica y sí genera condiciones de inseguridad y riesgo; la segunda es que cotidianamente miles de mujeres en el

mundo acuden a distintos espacios para interrumpir embarazos no deseados, con lo que se exponen a transgresiones de diversa índole de sus derechos fundamentales. A esos aspectos vamos a destinar las siguientes páginas.

3.3. *La interrupción legal del embarazo en México*

Al igual que la de otros países latinoamericanos, la mexicana es una legislación restrictiva. Esto significa que sólo se autoriza la interrupción del embarazo en algunos casos muy concretos que varían según la entidad federativa:

<i>Caso</i>	<i>Número de entidades</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Por violación	32	100
Embarazo imprudencial	29	90
Peligro de muerte	27	84
Pietista ¹³	13	40
Grave riesgo para la salud	9	28
Inseminación forzosa	8	25
Razones socioeconómicas	1	3

Hay que aclarar que las anteriores son causas excluyentes de responsabilidad penal, lo que en modo alguno implica que en todos los estados de la república exista regulación precisa ni mucho menos —y esto es lo más importante— para que se preste el servicio. En el discurso en torno al aborto, aun en estos casos acotados rígidamente, hay varias voluntades en el terreno de las decisiones, que pueden identificarse con el saber-poder. De manera privilegiada está la voz de los médicos, quienes determinan si el tiempo de gestación coincide con la fecha de la violación o la inseminación no consentida, establecen si en efecto hay peligro grave para la salud o la vida de la mujer y deciden si el producto tendrá malformaciones genéticas. Están también las voces de los agentes del Ministerio Público, fiscales especiales o jueces, emitidas también desde un saber especializado y en términos de justicia. No es poco común que entre estos

¹³ El término “pietista” parece más adecuado que “eugenésico”, por las implicaciones que puede tener este último en relación con la pureza de la sangre y el rechazo rotundo a ciertas características raciales.

saberes-poderes se cuelen invocaciones a una voluntad divina. Y entonces la democracia, que sólo puede entenderse como el ejercicio libre de voluntades autónomas en un contexto de laicidad, se torna una abstracción ininteligible y los derechos se vuelven entes ficticios.

El aborto es un delito que ha sufrido muchas modificaciones que, además, se antojan inútiles justamente por la inaplicabilidad del precepto. El artículo que tipifica la práctica es, en cierto sentido, letra muerta. No se sanciona a las mujeres que abortan ni a los médicos o personas que las asisten, sencillamente porque sería imposible: nuestras cárceles no tendrían la capacidad de albergar tantos/as nuevos/as presos/as. El efecto de que el aborto continúe presente en ese catálogo de ilícitos es que pervive la condena moral, por la fuerza simbólica de las leyes penales, y no hay servicios eficientes para la interrupción del embarazo.

Entre los antecedentes históricos del marco legal vigente pueden citarse los siguiente hallazgos interesantes: en 1871, en el llamado Código Juárez, por primera vez el aborto ocupa un aparato propio, distinguible del homicidio; la regulación está siempre cercana al infanticidio; se protege a las mujeres que se ajustan a un modelo de feminidad, es decir, que no tienen mala fama, logran ocultar su embarazo y éste es resultado de una unión ilegítima. El código de 1931 conserva algunas de las características mencionadas, a la vez que aumenta como causal exculpatoria el embarazo por violación y reduce las sanciones.

Como señalamos líneas arriba, la única excluyente de responsabilidad penal vigente en todo el país se refiere al aborto procurado por la mujer embarazada a consecuencias de una violación. En lo que sigue vamos a profundizar en la regulación de ese caso concreto, por ser donde se han registrado más avances. Sin embargo, hay que subrayar que en la mayoría de los estados no existe la reglamentación correspondiente en instrumentos de índole jurídico-administrativa (por ejemplo, circulares internas, acuerdos del Procurador de la entidad, manuales operativos) y las mujeres tienen que seguir recurriendo a espacios clandestinos, aun cuando el aborto es legal por las condiciones del embarazo. Sólo les queda confiar en que no serán castigadas.

3.3.1. Antecedentes

En materia de aborto por violación, apenas a mediados de los años noventa empezaron a realizarse acciones concretas para llenar el vacío le-

gal que dejaba el código penal para el D.F.: el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, órgano dependiente de la Procuraduría capitalina, autorizaba directamente la interrupción del embarazo. Los requisitos eran muy simples: que se hubiera formulado la denuncia por violación e integrado la averiguación previa correspondiente, y que la víctima solicitara directamente, o por conducto de su representante legal, la interrupción del embarazo. Esta petición tenía que formularse por escrito y ratificarse posteriormente ante la Dirección del Centro.

Las mujeres eran canalizadas a alguno de los hospitales con los que el CTA había celebrado convenios específicos para la interrupción legal del embarazo. El tiempo límite de gestación era de doce semanas.

3.3.2. *La ley Robles*

El 18 de agosto de 2000, la Asamblea Legislativa aprobó la llamada Ley Robles, que en realidad es un decreto de reformas a los códigos penal y de procedimientos penales. Se agregaron dos causales de no punibilidad del aborto¹⁴ y se precisaron algunos procedimientos para su autorización y realización. El código penal reformado establece que “los *médicos* tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable” (Art. 334).

Llama la atención que la responsabilidad de proporcionar información se delega exclusivamente en los médicos. Esto es comprensible cuando se trata de las causales referidas al peligro que corre la vida de la mujer y al diagnóstico de que el producto presente alteraciones genéticas, pero en el caso de las víctimas de violación, los “procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos” no se constriñen al ámbito médico. El consentimiento informado tiene repercusiones legales, como se desprende del hecho de que sea el Ministerio Público la instancia que autoriza la interrupción del embarazo, y por ello el personal de la Procuraduría debería tener una obligación correlativa a la señalada para los médicos.

¹⁴ Las causales añadidas fueron el grave riesgo para la salud de la mujer y el llamado aborto pietista.

En el código procesal se enuncian los requisitos que deben cumplirse para que el Ministerio Público autorice la interrupción del embarazo:

- Que exista denuncia penal de la violación.
- Que la mujer declare estar embarazada.
- Que se compruebe la existencia del embarazo.
- Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de la violación.
- Que exista solicitud de la mujer embarazada.

La denuncia es fundamental para acreditar la exculpación penal, es decir, para que la interrupción del embarazo sea legal. Es, además, un elemento básico para que el M.P. pueda suponer la relación causa-efecto. La declaración del embarazo resulta innecesaria, sobre todo si también se pide la comprobación. Sería absurdo que una mujer declarara falsamente un embarazo y además solicitara la interrupción de algo inexistente. Por otro lado, si no hubiera tantos tabúes en torno al aborto ni tantas dudas de la credibilidad de las mujeres, la comprobación del embarazo sería innecesaria. En el marco legal actual uno de los dos requisitos sale sobrando.

En tercer término, hay que señalar la ambigüedad de la fracción III, al referirse a “elementos que permitan suponer que el embarazo es producto de violación”. ¿Cuáles son los factores que efectivamente puede tomar en cuenta un agente de Ministerio Público para autorizar un aborto? Tal vez sería más afortunado mencionar la fecha de la violación y el tiempo de gestación, a fin de evitar interpretaciones subjetivas sobre las actitudes y estados de ánimo de las víctimas.

Finalmente, en la fracción V podría sustituirse la palabra “solicitud” por el término “consentimiento informado”, que resulta más adecuado e incluyente.

La segunda parte del artículo se refiere a las instituciones de salud y su obligación de interrumpir el embarazo en los casos de ley. En congruencia con el Art. 334 del código penal, reitera que es responsabilidad de este sector proporcionar toda la información necesaria, y agrega la de brindar orientación y apoyo “para la rehabilitación personal y familiar”.

En síntesis, de acuerdo con las reformas comentadas, una mujer embarazada como resultado de una violación puede solicitar el aborto al Ministerio Público y obtener la autorización correspondiente en un plazo de 24 horas. Los tiempos y requisitos se redefinen sensiblemente en la práctica.

3.3.3. *Normatividad interna*

Casi dos años después de la llamada Ley Robles, el Procurador General de Justicia del D.F. emitió el Acuerdo A/004/2004, que contiene los lineamientos para la actuación del Ministerio Público en los casos de aborto por violación. Por otra parte, en la Secretaría de Salud los Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el D.F. están contenidos en la Circular GDF/SSDF/02/02. Ambos documentos merecen algunos comentarios.

En relación con el *consentimiento informado*, el Acuerdo del Procurador señala que la información debe ser “imparcial, objetiva, veraz y suficiente”, que debe versar sobre los “procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos” y que se debe evitar “inducir o retrasar la decisión de la mujer”. En el mismo sentido, la Circular de Salud reitera los criterios de objetividad, oportunidad y suficiencia, así como la materia de la información: procedimientos utilizados, riesgos y consecuencias.

¿Cómo garantizar que estos principios se cumplan? ¿Cómo exigir al personal de las instituciones que se abstenga de formular juicios de índole moral y de verter sus propias opiniones? A veces no es lo que se dice sino cómo se dice. Más allá de las palabras, los gestos, ademanes, expresión corporal y hasta las miradas indican una actitud de aprobación, indiferencia o franco rechazo. La objetividad, la imparcialidad y el respeto a las decisiones de las mujeres no pueden crearse por decreto, pero sí es posible avanzar en una cultura de laicidad y justicia social mediante la adecuación del marco legal, la información de derechos y servicios por todos los medios posibles y la capacitación y sensibilización a los funcionarios/as implicados/as.

Con respecto a los *requisitos administrativos*, la normatividad institucional repite el Art. 131 del código de procedimientos penales y agrega la participación del tutor o representante legal si la mujer es menor de edad. Sin embargo, subsiste el dilema de qué hacer si hay discrepancia entre la menor y los padres, aun después de recibir asesoría jurídica del DIF.¹⁵

¹⁵ Además, el hecho de que sea el DIF la institución responsable de orientar a la menor que solicita el aborto tiene una carga simbólica que no debe pasar inadvertida. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia se asocia comúnmente con tareas de apoyo de distinta índole a la familia como unidad, independientemente de los derechos individuales de sus integrantes.

El *tiempo límite de gestación* es uno de los aspectos más debatidos. Y a pesar de ello constituye una gran ausencia en nuestros códigos y en el Acuerdo del Procurador. La Circular de Salud señala un plazo de 20 semanas. En la práctica, sin embargo, se maneja un término de 12 semanas para autorizar la interrupción del embarazo. Aquí vemos una laguna y una inconsistencia en la aplicación, que deberían subsanarse con un criterio de homogeneidad y coherencia.

De manera similar, la *anticoncepción de emergencia* sólo aparece referida en la Circular de Salud, con el nombre eufemístico de “hormonales postcoitales”, que deben administrarse en las 72 horas siguientes a la relación desprotegida, directamente por el personal médico adscrito a las agencias del Ministerio Público. En el mismo sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-2-1993 sobre los servicios de planificación familiar fue modificada en enero de 2004 para incluir el uso de hormonales post-coito en casos de un “coito practicado de manera *involuntaria* sin protección anticonceptiva” (inciso 5.3.1).

Finalmente, la *objeción de conciencia* es un fantasma siempre presente cuando se busca interrumpir un embarazo en el marco de una legislación restrictiva. La Circular de Salud señala con claridad que puede haber médicos objetores pero no instituciones, y la mujer debe ser referida “con un médico o a un hospital... con la certidumbre de que será atendida para resolverle su problema”. Las instituciones públicas deben garantizar “la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia”.

Una visión de conjunto de los instrumentos mencionados permitiría imaginar un escenario cálido, amable y bien articulado:

Una mujer denuncia una violación en alguna agencia especializada en delitos sexuales. Posteriormente advierte la existencia de un embarazo y solicita su interrupción. El agente del Ministerio Público la canaliza a una clínica del sector salud para los análisis correspondientes y garantiza que reciba toda la información necesaria. Al día siguiente, la misma institución autoriza el aborto y deriva a la mujer a una clínica de salud, donde la atienden de inmediato. Se registra el caso y se le da seguimiento.

En la práctica las cosas suelen ser muy diferentes. En el siguiente apartado abordaremos el tema de los derechos humanos en los servicios de salud, con énfasis en las transgresiones y las posibles causas de incumplimiento. Hay que decir que no nos referimos específicamente al contexto mexicano, sino que los planteamientos son de índole general.

4. DERECHOS HUMANOS Y SERVICIOS DE ABORTO

Nunca se puede colocar suficiente énfasis en el hecho de que “el aborto” no es un hecho aislado, abstracto. Sucede en los cuerpos de mujeres, y sucede que cada una de las que se someten al procedimiento, o tienen un aborto espontáneo, tiene nombre, rostro, relaciones, pasado, metas. No es un número más en las estadísticas, ni una paciente más del servicio de salud. Además, las mujeres pueden solicitar servicios de aborto por una amplia variedad de razones que van desde las fallas anticonceptivas —ningún método es 100% eficaz— hasta sentir que no se está preparada para procrear en ese momento, pasando por haber sufrido una violación sexual, o tener un aborto espontáneo.¹⁶ Entender estos hechos es el primer paso para construir un servicio de atención de aborto con calidad.

Los derechos de la mujer en los servicios de aborto son:

- a la vida,
- a no ser discriminada,
- a recibir información,
- a la libertad y seguridad,
- a la intimidad,
- a los beneficios del progreso científico,
- a los medios para obtener justicia en caso de violación de derechos.

4.1. *Las transgresiones*

Derecho a la vida. La muerte evitable como resultado de desventajas sanitarias o falta de atención oportuna atenta contra el derecho más elemental de las mujeres: el derecho a la vida, que en muchos casos es un derecho a la supervivencia.

Este derecho se transgrede cuando la legislación es totalmente restrictiva y penaliza el aborto en cualquier caso, ya que las mujeres están expuestas a un peligro de muerte. Se transgrede también cuando el acceso a los servicios de salud se obstaculiza en la práctica, aunque la ley sea permisiva, y cuando por negligencia, por error o por dificultades de cualquier tipo las mujeres pierden la vida. El cuadro 2 demuestra que no es una situación excepcional: 21% de muertes maternas en América Latina

¹⁶ La lista no es exhaustiva.

y el Caribe son consecuencia de abortos practicados en condiciones de riesgo. Es innecesario subrayar que la gran mayoría de estas mujeres no tuvieron los recursos económicos para recibir un servicio de calidad.

Derecho a no ser discriminada. El artículo 1 de la Convención de la Mujer (CEDAW) define discriminación contra la mujer como “[...] cualquier distinción, exclusión o restricción, sobre la base del sexo, que tiene por propósito o que tiene el efecto de obstaculizar o anular el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres”.¹⁷ Esto quiere decir que los servicios de salud no pueden discriminar a las mujeres que soliciten servicios de aborto por razón de su sexo, raza, idioma, religión, posición social, edad, opiniones, origen nacional, o cualquier otra razón.

Este derecho se transgrede cuando los proveedores de servicios de salud hacen observaciones o preguntas impertinentes a las mujeres en situación de aborto, cuando actúan con base en prejuicios o estereotipos sexistas, y cuando interponen sus juicios y opiniones personales.

Al igual que en el caso anterior, en países con legislaciones restrictivas, sólo las mujeres con una posición económica relativamente desahogada pueden acudir a clínicas privadas y obtener un servicio seguro en un contexto de clandestinidad. En otras palabras, la discriminación por sexo que prevé la CEDAW se redefine por estatus socioeconómico, raza, etnia, etc.

Por otra parte, en países con fuerte tradición católica, las opiniones y consejos del personal médico y de impartición de justicia suelen estar teñidas de concepciones religiosas, lo que también obstruye el acceso a los servicios y dificulta la libre decisión.

Derecho a la información. “El derecho a buscar, recibir e impartir información está protegido en todos los instrumentos sobre derechos humanos básicos y constituye una parte esencial de la consecución de la salud de la mujer” (Cook, 1994: 42). En el caso de los servicios de aborto, la mujer tiene derecho a información constante sobre su estado de salud, así como sobre el procedimiento al que se le someterá. Es de suma importancia utilizar un lenguaje adecuado, simple y llano, que sea realmente comprensible.

¹⁷ Además, el artículo 12 de la CEDAW prohíbe todas las formas de discriminación contra la mujer en la prestación de servicios médicos.

Cuando se trata de aborto por violación, el derecho a la información incluye aspectos relevantes para el juicio penal, como la realización de pruebas de ADN para establecer la identidad del agresor.

Este derecho se transgrede cuando se prohíbe dar información con argumentos morales y, en los servicios de aborto, cuando ésta no es objetiva, cuando se considera que no es necesario darle detalles o profundizar en algo porque “no la entendería” (en cuyo caso habría también un elemento de discriminación asociado), o cuando no se le da oportunidad de preguntar o expresar dudas. Este derecho también entra en juego en el momento de dar la consejería post-aborto en planificación familiar. La información que se otorgue debe ser amplia y clara, mencionar los riesgos y efectos secundarios que algunos métodos anticonceptivos pueden acarrear para ciertas mujeres, y abrir un espacio de interlocución en un ambiente de confianza.

Derecho a la libertad y seguridad (o integridad corporal). Este es el derecho que subyace al consentimiento informado. Se refiere a la libertad en la toma de decisiones que afectan la salud y la vida de las personas, así como a la libertad de oponerse a tratamientos o intervenciones médicas si la usuaria de los servicios de salud así lo decide y cuando no se trate de una emergencia. Es importante resaltar los principios éticos que pueden estar en tensión al manejar este derecho: el principio de autonomía de la usuaria y el principio de beneficencia de la práctica médica. Sin entrar en detalles, baste decir que el principio de beneficencia se actualiza al momento de otorgarse el servicio médico de emergencia, y el de autonomía cuando se trata de un servicio planeado o previsto con anticipación.

Para hacer una elección con plena libertad, la mujer que recibe un servicio de salud debe tener conocimientos suficientes sobre “la intervención que se le propone; las consecuencias de rechazar el tratamiento; las formas alternativas de manejar sus circunstancias” (Cook, 1994: 32). El derecho a la información juega un papel relevante en el cumplimiento de este derecho.

Por su parte, la seguridad se refiere a la capacidad de dar el consentimiento informado. La seguridad se plantea de manera simple en el artículo 7 del Pacto Político: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes [...]” Y la última parte se refiere a su aplicación en el medio médico: “[...] nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. Si bien la práctica del aborto no constituye un experimento médico, el principio

de seguridad contenido en este precepto puede hacerse extensivo a cualquier operación o tratamiento de salud. Toda persona debe saber con exactitud qué se hace y quiénes lo hacen.

Este derecho se transgrede cuando no se da información adecuada sobre la elección terapéutica y cuando el consentimiento no se otorga o retira libremente. Asimismo, cuando la medicina tiende a considerar a la mujer incompetente en cuanto a su capacidad de tomar decisiones y decide, en cambio, que otro (sea el esposo, el padre o el médico) debe tomarlas por ella. La decisión de aceptar o rechazar un procedimiento médico determinado es estrictamente personal. Es un derecho individual.

El derecho a la seguridad no se cumple cuando se deniega la atención médica y se impone un estado de salud no deseado. La falta de asignación de recursos sanitarios para atender la salud de las mujeres presupone inseguridad y, por tanto, incumplimiento de este derecho.

Derecho a la intimidad. “Todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales y provistos con privacidad, y todas las mujeres tienen el derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas, incluyendo decisiones relacionadas con el aborto seguro” (de Bruyn y Tamayo, 2001:13).

Este derecho se incumple cuando los prestadores de servicios de aborto no guardan discreción con respecto al padecimiento de las usuarias, durante y después del servicio médico, y cuando no se procuran condiciones adecuadas durante el tratamiento y en el momento de la consejería.

La recomendación general número 24 sobre el artículo 12 de la CEDAW, en el punto 12d, señala que la falta de respeto a la confidencialidad de las usuarias podría inducir las a no buscar tratamiento en el futuro o a no volver a la cita de seguimiento, con lo que se afectaría negativamente su salud y bienestar.

El derecho a los beneficios del progreso científico. Esta prerrogativa está reconocida en el artículo 15(1)(b) del Pacto Económico. “Para garantizar el acceso de la mujer a los beneficios del progreso científico será necesario investigar las enfermedades y procesos que la afectan de modo exclusivo o preferente. [...] el derecho a los beneficios de los adelantos científicos requiere que la mujer tenga acceso a tratamientos y tecnologías basados en los resultados de dicha investigación” (Cook, 1994: 49).

En el caso de la atención a mujeres con aborto, se trata del derecho a ser tratada con la mejor tecnología disponible. Existen tres posibilidades para dar este servicio: el legrado uterino instrumental, la aspiración manual endouterina y el aborto provocado por medicamentos. El uso de la aspiración manual endouterina y del aborto por medicamentos (con vigilancia médica, huelga decir) resultan lo más apropiado en cuanto al cumplimiento con el derecho a los beneficios del progreso científico, simplemente porque son procedimientos más seguros para la mujer.¹⁸

En este rubro se ubica la anticoncepción de emergencia, que sin duda alguna constituye un beneficio del progreso científico. No es exactamente una práctica abortiva, ya que se desconoce la existencia de un embarazo y su utilidad estriba precisamente en disipar cualquier posibilidad de preñez para evitar tratamientos más invasivos y costosos.

Derecho a los medios para obtener justicia en caso de ser sometidas a prácticas contrarias a sus derechos humanos. El punto 13 de la Recomendación general #24, sobre el artículo 12 de la CEDAW, indica que “El deber de los Estados de asegurar, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, acceso a los servicios de salud, a información y a educación sobre la salud, implica la obligación de respetar, proteger y garantizar¹⁹ el derecho de las mujeres a la salud”.

Esto significa que todos los Estados firmantes de la Convención contraen la obligación de asegurar que la legislación, las acciones concretas de aplicación de la norma jurídica y las políticas públicas deben cumplir con estas tres condiciones: respeto, protección y garantía. Sin embargo, aun suponiendo que las tres condiciones se cumplieran cabalmente, es indispensable establecer mecanismos de impugnación y queja que realmente respondan a las necesidades de las mujeres y que garanticen la seguridad jurídica.

¹⁸ Estas tecnologías son menos invasivas que el legrado, su costo es menor, se utiliza menos anestesia. El procedimiento por vacío se realiza con mayor rapidez, es de fácil manejo, produce menos complicaciones que el legrado, tiene la misma efectividad, se puede aplicar en el primer nivel de atención, permite tratamiento ambulatorio. El aborto con medicamentos se puede llevar a cabo sólo en embarazos tempranos; es muy seguro cuando se cuenta con vigilancia médica. Algunas mujeres lo prefieren porque es el menos invasivo de los procedimientos abortivos (Ipas, 2002: *pássim*.)

¹⁹ Respetar quiere decir que el Estado no transgredirá directamente los derechos; proteger quiere decir que el Estado no permitirá transgresiones de terceros; y garantizar quiere decir que el Estado proporcionará los medios para que se cumplan estos derechos.

Además del andamiaje judicial, en muchos países existen organizaciones de vigilancia de la actuación del Estado que operan con base en un criterio de vergüenza: si una instancia gubernamental no cumple con sus funciones, la desprestigian ante la sociedad. En México, ese papel corresponde a las Comisiones de Derechos Humanos, que no tienen facultades para exigir o imponer, sino únicamente para recomendar.

Si en el país no existen recursos legales o son inaccesibles, es posible acudir a las instancias internacionales. Sin embargo, esto es más un ejercicio teórico que una práctica concreta, porque si los recursos son inaccesibles en el propio país, seguramente también lo son los supranacionales. Por ello cada vez cobra más fuerza la necesidad de promover y fortalecer una cultura jurídica de apropiación de derechos y denuncia de las transgresiones.

4.2. Posibles motivos de incumplimiento

Haría falta hacer una investigación exhaustiva para averiguar en qué medida estos derechos se cumplen o se dejan de cumplir. Las siguientes son algunas razones a las que se podría deber que estos derechos se pasen por alto.

Razones estructurales. Éstas pueden ser contar o no con instalaciones médicas apropiadas, con medicamentos y equipo, con suficiente personal capacitado, etc. Tratándose de un servicio público, el Estado, conforme al Pacto Político, debe garantizar los derechos reconocidos en ese instrumento, entre ellos el de la salud. Sin embargo, también se sabe que estos derechos son relativos; no se le puede exigir lo mismo al Estado de un país rico que al Estado de un país pobre. Las revisiones del cumplimiento de los tratados internacionales toman en cuenta el elemento de la riqueza relativa de los Estados. De lo que se trata es de garantizar las mejores condiciones posibles dentro de las capacidades locales.

En el caso de la provisión de servicios de aborto, es importante que se cuente con el equipo necesario —aspiradores manuales endouterinos, medicamentos, etc.—, que haya personal capacitado y dispuesto a dar el servicio,²⁰ que se busque dar la consejería pre y post aborto en condicio-

²⁰ Este suele ser un problema debido básicamente a la doble moral y al estigma so-

nes de confidencialidad, y que se respete a la usuaria en todo momento, incluyendo la observancia de su privacidad.

Razones de voluntad política. Éstas serían, simplemente, contar con los recursos legales y materiales para dar servicios de aborto, pero no hacerlo por no considerarlo prioritario o por tener objeciones al tema.²¹

Razones relacionadas con el personal de salud. Éste es un punto más largo, que sólo esbozaremos aquí. El personal de salud tiene derechos también, en tanto trabajadores, y habría que considerarlos en una elaboración posterior.²² Aquí sólo revisaremos un par de puntos: el desconocimiento que podría tener el personal de salud sobre el aborto en general, y la doble moral en torno al tema.

El aborto es el gran secreto para quien recurre a él y para quien lo practica. Es la doble moral en el centro del estrado: acto negado públicamente pero practicado en los espacios clandestinos. Frecuentemente esto representa una verdadera barrera a los cambios positivos en el tratamiento del aborto como asunto de salud pública, debido a la gran cantidad de dinero que algunos y algunas ginecólogas obtienen de esta práctica.

Encontramos otra manifestación de esta doble moral en la provisión misma de servicios de salud. El estudio de González de León y Billings sobre las actitudes ante el aborto entre residentes médicos en hospitales de la Ciudad de México ofrece un ejemplo clarísimo: la mayoría de ellos admite que se deberían dar servicios de aborto a las mujeres que quedan embarazadas a consecuencia de una violación, a las mujeres cuya vida corra riesgo si continúan con el embarazo, o en casos de severa malformación fetal (razones que corresponden, en general, a las indicaciones para

cial que rodea al aborto. La solución adoptada por varios países, entre ellos México, es obligar a las instituciones públicas a tener siempre personal no objeto de conciencia. En la práctica puede ser difícil de aplicar, sobre todo en situaciones de emergencia.

²¹ El debate en torno al derecho a decidir es tan viejo como infructuoso. La pasión que despierta en las filas de la intolerancia no permite encontrar un campo fértil de discusión en el que se pueda plantear que liberalizar las legislaciones en torno al aborto y dar el servicio no implican, jamás, que se vaya a forzar a nadie a tener una interrupción. Y que sí se trata, en cambio, de proteger una vida al darle los medios para efectuar un procedimiento de aborto sin ponerse en riesgo.

²² Se encuentra una relación de los derechos de los y las trabajadoras de la salud en Lucía Rayas, *Women's Rights in Post Abortion Care*, ponencia presentada en la American Public Health Association, Washington, DC, noviembre 2002.

el aborto legal en la ciudad de México). La mayoría aseveró que los servicios de aborto debían ofrecerse en los sistemas públicos de salud; sin embargo, muy pocos de ellos dijeron estar dispuestos a proveer el servicio ellos mismos.

El desconocimiento, la negligencia, y la doble moral quizá se deban a que difícilmente existen contenidos de derechos sexuales y reproductivos en la currícula escolar de estos profesionales; al énfasis que se pone en sus estudios en una ética por lo general tratada desde el conservadurismo moral-religioso que incluye valores abstractos sobre la vida humana y ejerce una influencia negativa sobre la presentación del aborto en los programas de las escuelas médicas; a una carente o nula presentación del estatus legal del aborto durante sus estudios (González de Leon y Billings, 2001) y después de ellos; a la ausencia de conocimiento de las razones por las que una mujer puede recurrir al aborto, y, por supuesto, debido al orden simbólico establecido en el que no se disculpa que una mujer no quiera o no pueda en ese momento cumplir con “su papel” tradicional.

REFLEXIONES FINALES

Un análisis del aborto en el marco de los derechos humanos revela, por una parte, que el rezago en su abordaje y regulación sistemática es resultado de la noción limitada y androcéntrica que da origen a todo el edificio teórico, y por otra, que la práctica misma adolece de grandes deficiencias y dificultades. En otras palabras, siendo un asunto exclusivamente de las mujeres (en la medida en que ocurre en sus cuerpos y se vincula con sus decisiones reproductivas) no ha ocupado un lugar prioritario ni en el debate jurídico doctrinario ni en los servicios específicos.

Con respecto a la legislación mexicana, llama la atención que el precepto que lo tipifica se modifica continuamente en una serie de operaciones que se antojan inútiles: el delito de aborto no se aplica ni podría aplicarse, entre otras razones porque las cárceles no tendrían espacio suficiente para albergar a las mujeres que recurren a él y a los médicos que las asisten. Aunque la despenalización no se ha discutido como tal en los recintos parlamentarios, vale la pena destacar que se han dado avances notables en flexibilizar las restricciones; el caso del aborto por violación es un buen ejemplo. En la práctica los cambios son más lentos y, como bien sabemos, no son contundentes, definitivos, generalizados ni mucho

menos progresivos. Sin embargo, se empiezan a dar los primeros pasos y es importante continuar en el sendero trazado.

Finalmente, hay que profundizar en el estudio de las causas por las que no se respetan cabalmente prerrogativas tan básicas como la vida, la no discriminación, la información, la confidencialidad, los beneficios tecnológicos y la seguridad jurídica. Otorgar un servicio médico de aborto observando estos derechos es clave en avanzar en la despenalización moral. En la medida en que los servicios se tornen un servicio más de salud reproductiva se irá retirando el estigma que rodea al aborto, responsable de cientos de miles de muertes y discapacidades al año, en todo el mundo. Para ello es necesario trabajar tanto en los servicios propiamente como en las escuelas de medicina, de enfermería y de trabajo social. También es necesario continuar con el esfuerzo de cara a la sociedad para erradicar la discriminación a que se ve expuesta la mujer tanto en los servicios médicos como en otros ámbitos de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- BERER, Marge (2002), "Editorial. Making Abortion a Woman's Right Worldwide", en *Reproductive Health Matters*, Vol. 10, núm. 19, pp. 1-8.
- BUNCH, Charlotte, Samantha FROST y Niamh REILLY (2000), "Las redes internacionales y la traducción de las dimensiones globales a las esferas locales (a manera de introducción)", Charlotte BUNCH, Claudia HINOJOSA y Niamh REILLY, *Los derechos de las mujeres son derechos humanos, Crónica de una movilización mundial*, México, Rutgers, Edamex.
- CABAL, Luisa (2002), "Marco internacional de protección a los derechos reproductivos", ponencia presentada en los Talleres de advocacy en aborto, organizados por Ipas Nicaragua en Antigua, Guatemala.
- CENTER FOR THE STUDY OF HUMAN RIGHTS (1996), *Women and Human Rights: the Basic Documents*, Columbia University.
- COOK, Rebecca J. (1994), *La salud de la mujer y los derechos humanos*, OPS, Publicación científica núm. 553, Washington.
- COOK, Rebecca J. (1994bis), "El feminismo y los cuatro principios éticos" en Careaga, Figueroa y Mejía (comps.), *Ética y salud reproductiva*, PUEG, UNAM, México.
- DE BRUYN, María y Giulia TAMAYO (2001), *Estándares internacionales de los derechos humanos, de la salud reproductiva y el aborto*, Ipas, en prensa.
- FACIO, Alda (1991), "Sexismo en el derecho de los derechos humanos", en Xi-

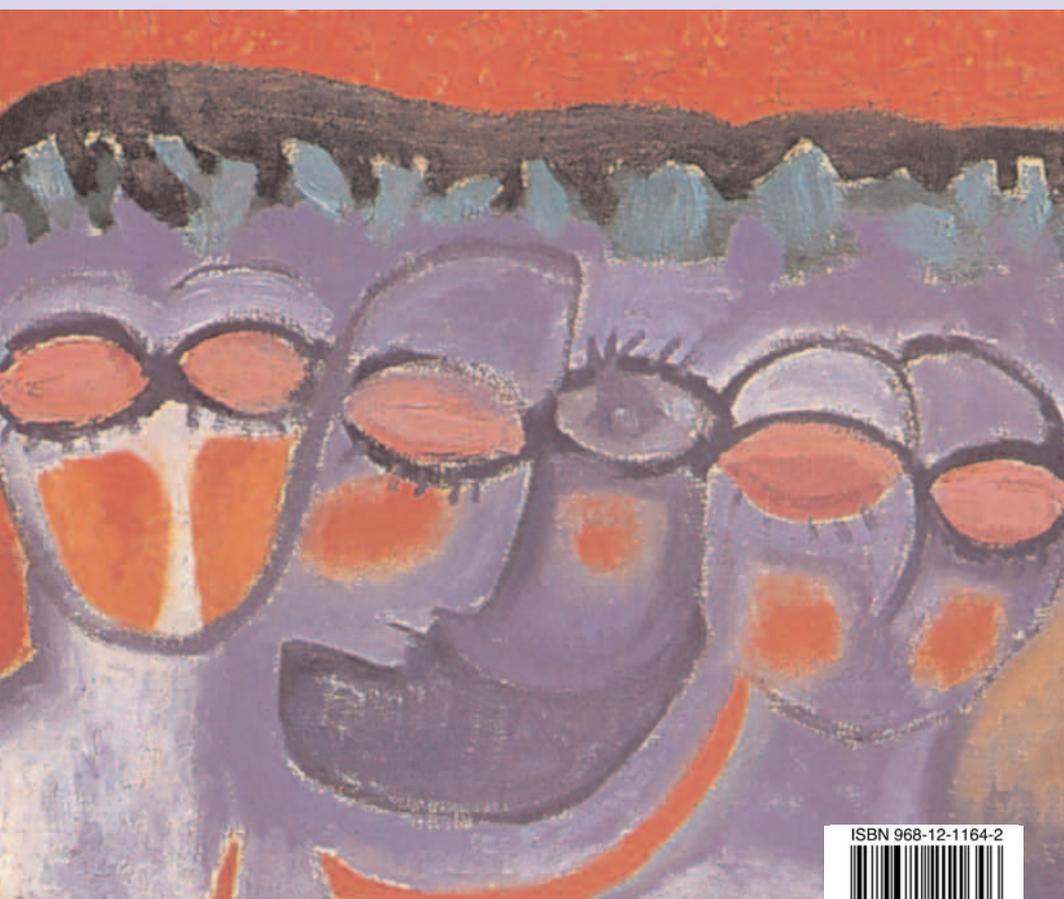
- mena BUNSER, Cynthia ENLOE, Regina RODRÍGUEZ (eds.), *La mujer ausente. Derechos humanos en el Mundo*, Isis Internacional, pp. 17-30.
- FREUD, Sigmund (1981), "Tótem y tabú", en *Obras completas*, tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, página web. www.gire.org.mx
- HARRIS, Olivia, y Late YOUNG (comps.) (1979), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Amargama, pp. 109-131.
- IPAS, "Aborto médico", en *La Boletina*, boletín electrónico de la Red por la Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, RSMLAC, mayo 2002.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1982), *Las estructuras elementales del parentesco*, México, Planeta.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003), *Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems*, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997), *Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion With a Listing of Available Country Data*, Ginebra.
- PIZÁN, Cristina de (1405), *La ciudad de las damas*, Madrid, Ediciones Siruela, 2000.
- RAYAS, Lucía, "Women's Rights in Post Abortion Care", ponencia presentada en la American Public Health Association, Washington, DC, noviembre 2002.
- RILEY, Denise (1988), *Am I that Name? Feminism and the Category of Women in History*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- SCHULER, Margaret (1995), "Introduction. From Basic Needs to Basic Rights: Women's Claim to Human Rights" en SCHULER (ed.), *From Basic Needs to Basic Rights*, Institute for Women, Law and Development, Washington.
- SERRET, Estela (2001), *Identidad femenina y proyecto ético*, México, Miguel Ángel Porrúa, UNAM (PUEG), UAM-Azcapotzalco.

Nuevas maternidades y derechos reproductivos,
se terminó de imprimir en xxxx de 2005
en los talleres de 14000 México, D.F.
Tipografía y formación: Patricia Zepeda,
en Redacta, S.A. de C.V.
La edición estuvo al cuidado de
xxxxxxx.

PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

Este volumen reúne diversos artículos en torno a tres ejes temáticos: la emergencia de nuevas formas de ejercer la maternidad, el análisis social y cultural del climaterio, y algunos derechos reproductivos aún poco explorados (por ejemplo, el consentimiento informado y la interrupción legal del embarazo por violación). Los textos son resultado de investigaciones originales y pretenden contribuir al debate que sobre estos tópicos se está llevando a cabo en el marco del feminismo académico contemporáneo.

Ilustración de portada, detalle de *Apolo y las musas*, Juan Soriano, 1955 .



 EL COLEGIO
DE MÉXICO

ISBN 968-12-1164-2



9 789681 211646