

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Adolescentes en la Ciudad de México: algunos aspectos sobre salud
reproductiva y aborto.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA**

PRESENTA

JOSÉ MANUEL QUINTERO GÓMEZ

Asesora: M. Teresita De Barbieri García

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

PREFACIO

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

I. CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL ABORTO: DERIVACIÓN DE LA CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER

Feminismo.....	10
La acción femenina.....	13

II. LA INTERRRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN MÉXICO. CONSECUENCIA NO DESEADO DE POLÍTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE CONSTRUYEN ESTADOS

El contexto sociodemográfico.....	21
La “otra” fertilidad femenina.	26
El Aborto: Definición e introducción.....	28
El aborto, un fenómeno social.....	31
Implicaciones sociales del aborto.	33
Iglesia y aborto.....	35
La despenalización del aborto en la Ciudad de México.	59
La Interrupción Legal del Embarazo, caudal de advertencias y nuevos horizontes....	66

III. LA ILE EN EL MARCO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES

Tratados internacionales.....	73
Enfoque de Salud Reproductiva. Una herramienta vital para la comprensión de la trascendencia de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes.....	78

IV. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Estado actual.....	86
La cotidianeidad de la naturaleza del aborto.....	101

V. TRABAJO DE CAMPO

Presentación.....	111
Perspectiva metodológica.....	115
Las entrevistas.....	118

Relaciones heterosexuales adolescentes.....	119
Anticoncepción y embarazo adolescente.....	126
Aborto-ILE.....	134
Consideraciones finales.....	141
CONCLUSIONES.....	147
ANEXOS.....	152
BIBLOGRAFÍA.....	170

Introducción

La despenalización del aborto en México ha sido un tema delicado y polémico. En la actualidad, a seis años de su despenalización en el Distrito Federal pareciera que la controversia aún prevalece y toma fuerza. No obstante, existen evidentes diferencias de aquella primavera del 2007 e indiscutiblemente de la segunda mitad del siglo XX donde las conversaciones y los debates acerca de los derechos de las mujeres comenzaban a resonar en la gestión pública. La calidad argumentativa del sustento teórico de la práctica del aborto en los institutos de investigación y centros de enseñanza ha avanzado; los grupos, organizaciones e instituciones involucradas han tomado parte y la propia legislación mexicana se ha modificado notoriamente en un proceso que ha sido extenso y complejo.

El feminismo en México como movimiento social y propuesta política, ejemplifica de una forma generalizada los elementos constitutivos del derecho de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y del dilema de la despenalización del aborto. Considerado ineludiblemente un hecho multidimensional por haber sido abordado, discutido, analizado, experimentado y vivenciado desde perspectivas psicológicas, económicas, políticas, sociales, biológicas, religiosas y culturales, el tema del aborto lleva consigo un esfuerzo constante por parte del movimiento feminista de hacer del dominio privado de las mujeres lo que por intervención del Estado y la Iglesia se había considerado del ámbito público, penalizándolo, reduciéndolo, mitificándolo. Quiero destacar aquí, la relevancia del tema en cuestión.

Dentro de las prioridades del movimiento feminista en México y en la mayoría de los Estados-nación, donde el sistema económico y político liberal tradicional privilegiaba las garantías individuales y “derechos del hombre”, -entendiéndose en la práctica como sujeto de derechos a la persona de sexo masculino, blanco, trabajador y jefe de familia- en el

cual se facilitaban las prácticas coercitivas y dominantes hacia los grupos vulnerables (homosexuales, indios, no blancos, mujeres, niños ancianos, discapacitados, etc.), grupos subordinados a las relaciones sociales existentes dentro del sistema sexista-patriarcal del cual el capitalismo se había caracterizado y beneficiado; la práctica del aborto se erigió como uno de los fenómenos sociales más complejos y por lo tanto urgente en los estudios de género. Su naturaleza es tal, que responde a cuestiones como la maternidad voluntaria, la anticoncepción, la morbilidad y mortalidad materna, la moralidad de la ley y la jurisdicción, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y adolescentes, la violencia sexual, la pobreza, el derecho a la salud pública, a la educación sexual, a la ética y libertad de conciencia, a una vida digna...al derecho a nacer querido.

Las consecuencias de carácter social que se derivan de la mala regulación de estos asuntos en la esfera pública y política del país, ha ocasionado severas fisuras en el orden estructural de la vida de las mujeres y de las familias mexicanas en general, además de un problema demográfico y de salud delicado. Tal es el caso de los embarazos de madres adolescentes, que representan no sólo las deficiencias del sistema educativo y de salud del país, sino una realidad innata a la conducta sexual y reproductiva de mexicanas y mexicanos menores de edad. Aunque la Organización Mundial de la Salud ofrece una definición muy amplia sobre la adolescencia (etapa entre la niñez y la edad adulta que transcurre entre los 10 a los 19 años, siendo de los 10 a los 14 años la adolescencia temprana y de los 15 a los 19 años la adolescencia tardía), enfatiza sobre las necesidades específicas que su propio desarrollo requiere en tanto personas en crecimiento. Además de cuestiones de salud y desarrollo, se prevé un resguardo social que ofrezca oportunidades con la intención de forjar adultos sanos y productivos que contribuyan al mejoramiento de sus comunidades. Según estimaciones de la OMS, 16 millones de adolescentes en el mundo dan a luz cada año, sin embargo no sólo quien procrea sufre daños a su salud, también acaece sobre aquellas que por alguna razón

no pudieron/quisieron continuar con su embarazo. La atención a este tipo de casos ha sido mínima, sin embargo, sólo dentro del debate de la interrupción del embarazo, pareciera redimensionarse y dotarse de sentido a los perjuicios provocados.

Sin necesidad de ir tan lejos, basta con acudir, a manera de preámbulo, a datos publicados con motivo del Día Nacional para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes por el CONAPO, la SEP y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. En ellos, se estima que actualmente la población adolescente en México se encuentra por arriba de los 11 millones y representa aproximadamente el 10% de la población total del país. Siendo el 49.9% mujeres; se sabe que cinco de cada diez que han iniciado su vida sexual, han tenido al menos un embarazo; que el embarazo no deseado es el segundo evento con mayor repercusión en la preparación escolar de las/ los menores al motivar la deserción, el ausentismo y el bajo rendimiento; por ejemplo, al día de hoy sólo el 7.7% de las madres adolescentes han podido continuar sus estudios.¹

A pesar de que el debate nacional se da a partir de la injerencia de grupos e instituciones externas que se adhirieron a la defensa o ataque hacia la despenalización del aborto, donde por un lado, se encontraba el movimiento feminista, ampliamente conformado por mujeres de sectores educados de la sociedad mexicana e intelectuales que habían conseguido poner en tela de juicio público las atrocidades que las mujeres padecían ante la falta de reconocimiento cultural que venía dejando secuelas en su integridad física, moral y psicológica; y por el otro, la jerarquía de la Iglesia católica que, junto con grupos (minoritarios) de asociaciones civiles de corte religiosa, argumentaban

¹ INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Educación. Asistencia y Deserción. Última revisión agosto, 2013 en:

<http://www.cuentame.inegi.org.mx/población/asistencia.aspx>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Síntesis ejecutiva págs.17-19. Última revisión septiembre, 2013 en:

http://www.ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf

mediante valoraciones morales la anticonstitucionalidad del aborto, atribuyéndole la condición de persona al producto de la concepción. El tiempo, sus evidencias y testimonios, fueron atribuyendo mayor atención a grupos poblacionales específicos que sin duda alguna, el aborto ha llegado a representarles un problema moral, socioeconómico, cultural, pero principalmente humano.

El aborto inducido, a diferencia del aborto espontáneo -que tiene su origen en factores corporales de la mujer-, es el resultado de una decisión voluntaria, que se gesta a partir de la situación personal de la mujer que lo lleva a la práctica. Los riesgos están en función de quienes lo realizan, en qué condiciones y si es o no considerado por la ley como un delito. La práctica del aborto frente a su aprobación jurídica es notoriamente más longeva, por tanto, me veo obligado a tener que aceptar la presencia de agravios en torno a su práctica debido que su carácter restrictivo no conlleva la anulación de la acción, más sí a la vulnerabilidad de aquella que lo vive.

Consecuentemente, la interrupción del embarazo mediante intervención médica ha significado un negocio lucrativo para muchos especialistas. En el mejor de los casos, las mujeres tienen acceso a la operación en clínicas clandestinas, siempre y cuando tuvieran los recursos económicos necesarios. En el cuerpo de las mujeres obreras, de las campesinas y amas de casa de bajos ingresos, el aborto constituye un problema socioeconómico y de salud severo: obligadas a recurrir a personas sin preparación profesional y en el peor de los casos, practicárselo ellas mismas con métodos caseros en condiciones dolorosas e insalubres. La magnitud del problema se incrementa en la medida de dos aspectos cruciales: el estado físico de la mujer resultante de la operación y el estigma social que se le adjudicará según el contexto de convivencia en el cual se desarrolle. Si es joven, el tiempo de recuperación puede ser favorable aunque no por ello dejará de tener repercusiones. En caso contrario, el riesgo de salir agraviada o sin vida de la operación estará en relación directa con la calidad del servicio

ofrecido, con la prematura o avanzada edad de la mujer y la cantidad de embarazos e hijos que haya tenido. Cabe resaltar que, el deceso de mujeres con al menos una hija o hijo nacido tiene uno de los costos sociales más elevados para las sociedades actuales, considerando que la conjunción familiar es base organizacional de la institucionalización de la acción del individuo en sociedad, por lo que la ausencia de la madre en los primeros años de vida tiende a ocasionar el resquebrajamiento del núcleo parental.

Si a ello se le suma el estigma al que serán merecedoras, - determinado por una sociedad tradicionalmente católica, sexista y excluyente- la vida de las mujeres que deciden abortar no será la misma. Se les tratará (ha tratado) como asesinas, personas insensatas e inconscientes, “malas mujeres”. Debido en gran parte a la influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica en la esfera política y social del país y a grupos notablemente conservadores de corte religioso que se han encargado de censurar y descalificar la decisión personal de las mujeres sobre su cuerpo, valorizándolas bajo rigurosas e intransigentes apreciaciones morales, de ahí el silencio sobre la práctica y aún pese a ello, son mecanismos de coerción que operan invariablemente en la clandestinidad y anonimato de la o las personas involucradas.

Estas han sido las circunstancias que permearon a los institutos de investigación, instancias gubernamentales y organizaciones civiles en la Ciudad de México previo al año de 2007, y que lo siguen haciendo en aquellos estados y naciones que penalizan la práctica voluntaria del aborto. Por ello, he decidido dedicar mi investigación al análisis de esta política pública como resultado de un esfuerzo encaminado a salvaguardar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, primordialmente de los y las adolescentes, prestando mayor atención, a más seis años del decreto, a las mejoras médicas, sociales, físicas, económicas y prioritariamente humanas que ha generado la ley, conjeturando que este tipo de medidas son necesarias y definitivas para una vida sana y digna de las personas, prioritariamente para las

mujeres. Además y por encima de los beneficios, el eje principal de mi trabajo es establecer un recuento del estado actual de la salud sexual y reproductiva (SSyR) de los adolescentes inserto a la ILE -una de las primeras experiencias de políticas de género en el país- de tal manera que me permitan conocer y depurar eventuales complicaciones e imprevistos de la reforma, que se espera, tenga repercusión a nivel nacional.

En este sentido, abarcaré en primera instancia, el movimiento feminista de la segunda mitad del siglo XX en México, auxiliándome de éste para ilustrar los avances significativos que devinieron del debate crítico originado por la organización de diferentes frentes participantes de aquellos años. Además, sintetizar sobre lo vital que fue para el movimiento, la inserción del debate a los ámbitos académicos, ya que gracias a la teorización del problema, se logró conceptualizar la realidad femenina y ser reconocida como objeto de investigación social. Analizaré los procesos históricos coyunturales para dar razón al desarrollo del pensamiento feminista, que a final de siglo cimentó los principios necesarios para revelar algunas de las injusticias e inequidades existentes en las relaciones entre hombres y mujeres. Posteriormente, me enfocaré al análisis de la política de la *Ley de la despenalización del aborto en la ciudad de México*, en sus antecedentes, marcos referenciales, actores y características principales para poder dar pie a la salud sexual y reproductiva (SSyR) de los adolescentes, análisis que derivado de dicha política, revela la necesidad de replantear su marco operativo. Mi recapitulación será un breve modelo de los elementos a considerar en el trabajo creativo de una política pública.

1. Construcción histórica del aborto: derivación de la condición social de la mujer frente al problema del crecimiento demográfico.²

El aborto ha sido considerado frecuentemente un tema de entera exclusividad femenina, donde se contemplan los elementos que lo constituyen externos al contexto social y ajeno a la naturaleza masculina. La responsabilidad de la práctica del aborto sea por razones biológicas o por voluntad de la persona involucrada, ha recaído históricamente casi en su totalidad sobre las mujeres. Ni qué hablar sobre las consecuencias. No obstante, pese a lo que se pueda pensar, la cuestión de la interrupción del embarazo se encuentra íntimamente relacionada con la vida cotidiana, con la legislación y las formas de producción y reproducción de las sociedades, el trabajo, la educación, la sexualidad, etc. Incitar, organizar y establecer los cambios necesarios que han permitido abordar al tema en su compleja dimensión no ha sido sencillo y mucho menos ocasional o fortuito. Para ello, basta con acudir a una pequeña revisión histórica para comprender que el proceso por el cual la práctica del aborto ha pasado a ser un hecho mal visto, castigado y censurado a un fenómeno socialmente aceptado, no ha sido producto de paso natural del tiempo ni por coincidencia alguna, sino por la lucha y protesta constante de las mujeres y el movimiento feminista.

Feminismo

El feminismo, en su designación común, indica *el movimiento y doctrina social que defiende la igualdad absoluta de derechos entre hombres y mujeres*³. La Real Academia Española además de compartir esta última definición, entiende a su vez por feminismo a *la Doctrina social favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados ante los*

² Me dedicaré a elaborar una breve síntesis general sobre la condición de la mujer. Por tal razón, no ahondaré en sucesos históricos específicos, más que aquellos que me sean útiles en mi propósito.

³ *Gran Diccionario de la Lengua Española*, Prólogo de Francisco Rico, Larousse, Barcelona, 1998. Impreso

*hombres*⁴. Sin embargo, estas enunciaciones resultan escasas, ambiguas e inexactas ante el deseo de comprender la esencia y origen de los movimientos de emancipación y liberación de las mujeres. Es por ello, que existe un sentido del término que me gustaría priorizar más allá de sus significaciones lingüísticas: el histórico. El feminismo es un vocablo creado por Charles Fourier en 1837, usado para dialogar sobre la utopía de la no diferenciación social de los sexos. Años después, la palabra se utilizará esporádicamente en la Europa occidental para expresar la intención de una prematura racionalización de las relaciones humanas a partir del sexo de la persona. Aunque si bien, el término ya estaba acuñado en alguno que otro espacio académico, filosófico o literario⁵, una cuestión crucial era que aún podía ser considerado el feminismo una doctrina social por lo prematuro que resultaban sus argumentos de la mano del limitado e insuficiente apoyo que se le brindó en aquellos años.

La ampliación semántica del término se fue desarrollando en la medida en que se incorporó al trabajo sociofilosófico la participación de las mujeres en eventos coyunturales que fueron posicionando al ser femenino en sectores que le habían sido tradicionalmente negados, -por ser indebidos o impropios a su “naturaleza”- como el trabajo extradoméstico, la toma de decisiones en el núcleo familiar o en su comunidad, así como todas aquellas referentes a actividades de la vida política y económica, lo que ocasionaría notorias modificaciones en su condición, a grado tal que de la protesta social, surgiría la teoría.

El pensamiento feminista, -a diferencia de cualquier escrito que se haya manifestado a favor de la desaparición de las estructuras y roles de vida impuestos y que conforman a los elementos de la subordinación femenina- tuvo por único y principal objetivo la comprensión y el perfeccionamiento de categorías analíticas que dieran razón a las

⁴ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española Vigésima primera edición*, Tomo I. Espasa Calpe, Madrid 1992. Impreso

⁵ Reyes, Román (Dir.), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales Terminología Científica-Social*, Plaza y Valdés Editores, Madrid, 2009.

principales causas de los problemas que afectan a las mujeres. Los elementos constitutivos de la doctrina feminista se forjaron en el espíritu patriarcal del sistema capitalista y como necesarios a él. Es decir, en la naturaleza de las crisis económicas, de las guerras mundiales, de las dictaduras militares-totalitaristas-paternalistas, de conservadurismos religiosos, de individualismos universalistas, de democracias liberales, de revoluciones sociales e industriales, de movimientos contraculturales, pero sobre todo de las inapelables movilizaciones obreras que servirán de semillero de un nuevo proceso de pensamiento reconstructivo que redefinirá las relaciones de producción y socialización entre hombres y mujeres. Este feminismo de fines de siglo XX se caracteriza por ser fundamentalmente cultural; sin embargo, para poder llegar a él, tuvieron que transcurrir más de cien años de esfuerzos e incesantes luchas que hicieron frente al sistema sexista, del cual el varón se había servido para entablar gigantescas desigualdades en relación con la mujer. Comenzaremos por delimitar y exponer de manera breve pero concisa estos cien años de progreso de la corriente feminista.

Los antecedentes históricos del feminismo se remontan a finales del siglo XVIII, específicamente con la Revolución Francesa y sus principios de libertad, igualdad y fraternidad que la revuelta social había enarbolado. Con un espíritu igualitario y democrático desprendido de la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano aprobada por la Asamblea Constituyente en el año de 1789, se abordaron derechos vitales y garantías individuales para la conformación de una sociedad libre.⁶ Esta declaración es de suma importancia, ya que como consecuencia de sus decretos fue posible distinguir en ella, una singular pero significativa faltante: la otra mitad de la población, las mujeres. Si bien podría interpretarse como uno de los primeros instrumentos en materia de derechos humanos en el mundo contemporáneo, por reconocer a sus ciudadanos en igualdad ante la ley, estableciendo garantías universales como el derecho a la libertad, a la propiedad, a la

⁶ Estrada, Frederic, Pilar, Garí. "El mundo moderno" en Biblioteca General de Consulta, Ciencias Sociales, Ediciones Nauta, Barcelona, 2001, p. 282

libre expresión y de pensamiento, derecho a la seguridad y al libre conocimiento, instituyendo los límites de cada uno de estos en directa relación con el Estado y la sociedad; el manifiesto no logra conseguir su primera premisa: “el mantenimiento de [...] la felicidad de todos”⁷.

La acción femenina

En efecto, cuando se acordó que *los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos*⁸, sin haber cometido un despiste semántico, las mujeres estaban fuera de todo reconocimiento legal. Y es que, cuando se proclamó *la conservación de los derechos naturales [...] a la libertad [...] (a la) participación social, a hablar, escribir e imprimir libremente*, los juristas e intelectuales franceses habían *decidido exponer, en una declaración solemne, los derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre, con el fin de que esta declaración, constantemente presente para todos los miembros del cuerpo social, le recuerde permanentemente sus derechos y deberes*⁹, de todos, menos de las mujeres.

Podemos entonces, a partir de este primer acontecimiento en el cual se le negó rotundamente la ciudadanía a todo aquel que no fuera adulto/varón/propietario, contextualizar un esfuerzo conjunto por parte de una minoría de la élite intelectual francesa para revelar lo indignante de la condición femenina, a pesar de haber participado en la misma proporción en el sublevamiento nacional de finales de siglo. Este descontento, en su mayoría personificado por mujeres hizo que para el año de 1791, la bancada masculina recibiera pronta respuesta a su Declaración de Derechos. Bajo la rúbrica de Olympe de Gouges, pseudónimo de la escritora y dramaturga francesa Marie Gouze, se manifestó lo disímil y ajeno que fue para las mujeres el triunfo de la

⁷ <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> Última revisión julio, 2013.

⁸ *Ibíd.*

⁹ *Ibíd.*

revolución. El título hablaba por sí mismo: *Declaración de Derechos de la Mujer y de la Ciudadana*.¹⁰

*Pudo esperarse, argumentaba Simone de Beauvoir, que la Revolución cambiase la suerte de la mujer. Nada de eso. Esa revolución burguesa respetó las instituciones y valores burguesas, y fue hecha casi exclusivamente para los hombres.*¹¹ No obstante, algo bueno se obtuvo de este mísero escenario, el surgimiento de un motivo de lucha y protesta común: la igualdad humana para la mujer. La presencia de este primer objetivo permitió establecer parámetros de acción semejantes en las naciones occidentales. En Francia se había gestado esta nueva praxis¹² de hacer valer lo femenino pero el régimen napoleónico, vino a traer a comienzos del siglo XIX el espíritu conservador que se caracterizó por atribuir a las mujeres labores del hogar y de reproducción, enclaustrándolas y aislándolas de la vida pública.

Conviene distinguir este periodo del feminismo de otros por ser predominantemente teórico, debido a que es desde la palabra escrita donde se denuncia la represión femenina. Los estudios se centran principalmente en justificar la igualdad existencial y por tanto en derechos civiles entre individuos sin importar su designación sexual. En otras palabras, sólo se demandaba obtener el reconocimiento legal y las mismas oportunidades que los varones gozaban. Por esta razón, también es viable denominarlo feminismo teórico o feminismo igualitario¹³.

El constante esfuerzo en aras de la emancipación de la mujer tomó un rumbo drástico ante las modificaciones estructurales ocasionadas por las nuevas formas de producción ocurridas por la revolución industrial.

¹⁰ De Beauvoir, Simone. *El segundo Sexo*. Siglo XX, México, 1989. p. 148

¹¹ *Ibíd* p. 147

¹² Un ejemplo de las formas de protesta en aquellos tiempos se dieron en la literatura, la filosofía, la prensa y el teatro. Véase Labado, Silvia Nora. *Olympe de Gouges, Ettan Palm, Théroigne de Mericourt, Claire Lacombe. Cuatro mujeres en la Revolución Francesa*, Buenos Aires, Biblos, 2007, 211 pp.

¹³ De Dios Vallejo, Delia Selene, *Sociología de género*, UNAM, FCPyS, CES; FEMU, FIMU, UNMAC, FDIM, México, 2004.

El siglo XIX es para algunos teóricos el siglo del “capitalismo salvaje”¹⁴, para otros el del socialismo. Para las mujeres fue el siglo de la reivindicación. La producción mercantil capitalista fungió un papel decisivo para la organización social de la familia. Particularmente se suscitaron dos fenómenos relevantes. El primero tiene su origen en la gran cantidad de pequeños propietarios de talleres, artesanos, comerciantes, campesinos y trabajadores que se valían de sus propios bienes para generar recursos de subsistencia. El segundo, presenciado en los núcleos familiares ciudadanos de corte obrera, se caracterizó por la insuficiencia de ingresos generados por el jefe del hogar para satisfacer las mínimas condiciones de vida a sus consanguíneos. En cualquiera de los dos casos el resultado fue similar: la vital incorporación de las mujeres en labores no domésticas para solventar la escasez patrimonial en el hogar. Por un lado, era imposible para los pequeños propietarios competir con la producción en masa de las grandes manufacturas, por lo que se veían obligados a aceptar la ayuda no remunerada de sus esposas en los talleres o comercios. Por el otro, la demanda de trabajo era tan grande y con tan pocas regulaciones que los bajos salarios ocasionaron que las esposas e hijas fueron las encargadas de subsanar el declive económico en la familia a través de su inserción a la fábrica.

Bajo estas circunstancias, la implementación de una nueva base de producción económica marcó la pauta para un nuevo orden social. La centralización de bienes y servicios en las ciudades, hicieron de estas zonas un vasto nido de oportunidades para la personas de medios rurales. Principalmente la oferta y diversidad de empleo fueron para las mujeres jóvenes una válvula de escape rentable, ya que en aquel entonces no tenían otra opción que prestar su trabajo en el hogar o en labores agropecuarias y artesanales, sin generar ganancia propia. Además la disponibilidad de servicios y el desarrollo económico, hicieron de las metrópolis un destino concurrido. El éxodo rural era inevitable, la ausencia de mano de obra y el avasallante nivel de

¹⁴ Andrée Michel. *Feminismo*. Traducción Juan José Urtilla. FCE, México, 1983. p. 71.

producción de las fábricas y manufacturas habían provocado que el campo fuera en detrimento hasta quedar prácticamente abandonado, envejecido y pobre.

Por lo demás, podemos nombrar dos aspectos determinantes, frutos de este proceso histórico: 1) la concentración de fuerza laboral en las fábricas de las ciudades toma forma y nace el proletariado. 2) Las mujeres logran una injerencia trascendente en el ámbito público, tanto en las sedes de trabajo como en sus comunidades, en actividades donde anteriormente no se toleraba su presencia. En tales condiciones, los hechos no resultaron tan favorables como en un principio figuraba. Lo que parecía perpetuarse como el remedio a la opresión femenina, terminó por quebrantar el espíritu igualitario del romanticismo anglosajón y del racionalismo de la ilustración francesa. Si es verdad que nuevas posibilidades se presentaban para las mujeres trabajadoras, éstas no fueron ni propicias, ni beneficiosas para el combate en contra de la supresión de la inequidad entre sexos. La inclusión de las obreras en los sindicatos fue tardía y accidentada, los varones encontraban en ellas un hostil adversario que no sólo se contraponía a la tradicional forma de concebir el trabajo entre géneros sino que también en repetidas ocasiones los dueños de las fábricas preferían el trabajo femenino por resultar menos costoso y más productivo. En este proceso, las máquinas jugaron un papel determinante pues lograron reducir la diferencia de fuerza y permitir posicionar a las mujeres en un lugar que parecía privilegiado dentro del sistema de producción. No obstante, el verdadero privilegio fue para los dueños. Dice Beauvoir:

(la mujer) ligada al hogar de su padre o de su marido, se contenta por lo general, con aportar un extra al hogar; trabaja fuera de la familia, pero para ésta; y puesto que no debe subvenir a la totalidad de sus necesidades, se ve obligada a aceptar una remuneración muy inferior a la que exige un hombre.¹⁵

¹⁵ De Beauvoir, op. cit., p.156.

A pesar de ello, el campo laboral se convirtió en el primer sitio de vertebración del movimiento feminista, en él, las mujeres consiguieron reconfigurar su identidad social. Por tal razón, la inserción a los sindicatos fue trascendental, ya que fuera de éstos las trabajadoras no eran más que casos aislados de censura y reprobación, de sufrimiento y abuso, de despotismo e injusticia. No obstante, la incorrecta e insuficiente regulación laboral, la constante represión por parte del patrón, los bajos salarios y -en los casos donde no se trabajara más de quince horas al día en la fábrica- el deber del trabajo doméstico, hizo que las afiliaciones de obreras a los sindicatos fuera minúscula.

El marxismo entró en escena y con él, se reforzó la utopía del socialismo, aquél de sociedades justas e igualitarias, donde la propiedad privada desaparece (y tal vez con esto la mujer dejaría de ser propiedad del hombre) y donde la materialidad del “ser femenino” se dispone a restablecerse mediante relaciones independientes de voluntades ajenas a sus intereses. Esta nueva forma de saber lo social que atribuyó al movimiento comunista la tarea de organizar la vida social y económica a través de la conciencia de clase, coadyuvó a acelerar la producción intelectual feminista y la participación de la clase proletaria en asuntos políticos y económicos de la vida productiva. Ante estas circunstancias, los sindicatos y colectivos comunistas fungieron como los medios predilectos de las activistas para generar y articular sus demandas, elevando de categoría sus argumentaciones. Desafortunadamente, ese bajo número de mujeres afiliadas del que se habló, ocasionó que de nueva vez, dejaran a suerte de la decisión de los hombres, su destino, al menos lo que restaba del siglo XIX y principios del XX.

Aún así, vale retomar ciertos aspectos representativos. En parte, indicar que no todas las trabajadoras estaban familiarizadas con la ideología marxista-socialista, posiblemente esto se debía a que muchas de ellas eran empleadas, vendedoras, campesinas, cortesanas, amas de casa o trabajadoras domésticas. Resulta claro además, que las mujeres de estrato alto no iban a ser partícipes de ideas revolucionarias y mucho

menos de aquellas que arrebataran la riqueza a sus consanguíneos. En ambos casos, se percibía un feminismo popular que detentaba en sus haberes aspectos universales: modificación de las cláusulas sobre el matrimonio, sufragio femenino, anticonceptivos (planificación familiar) y derecho a una educación libre no-sexista. Al menos algo había logrado la corriente feminista en este siglo: el derecho al trabajo. ¡Vaya derecho!¹⁶

El siglo XX es para muchos, la centuria de los conflictos bélicos y avances tecnológicos, no obstante, no todo sería sangre y mercado, también habría -en una especie de equilibrio de las sociedades- un espíritu alentador constituido por las mujeres que jugaron un papel notable, -y en otros aspectos- trascendental, para los acontecimientos de estos cien años.

En tiempos de postguerra, las mujeres se consagran a prevención de la paz, de los derechos humanos y las leyes sociales¹⁷. Además son las encargadas de reemplazar la fuerza laboral masculina llamada a combate, por lo que los Estados no tuvieron otra alternativa que conceder en gran cantidad las principales demandas que las trabajadoras venían exigiendo: regulaciones laborales de tiempo, condiciones de trabajo y salario¹⁸.

Por otra parte, los daños ocasionados por la segunda guerra mundial, dejaron las sociedades europeas lesionadas, tanto en relaciones de producción como de socialización, por lo que su articulación y saneamiento no permitió que en primera instancia se elaborara un marco jurídico a favor de la condición de la mujer. En cierta medida, desapareció el movimiento feminista, es decir había “cosas más importantes por pensar”. Aún así, la creación de la Organización de las

¹⁶ Los congresos de la Segunda Internacional y las Conferencias Internacionales de Mujeres Socialistas contextualizan fehacientemente la condición sociopolítica de las mujeres en aquellos años.

¹⁷ Es el caso del Consejo Internacional de Mujeres y Alianza Internacional del Sufragio Femenino (ICW y IAW respectivamente por sus siglas en inglés) En su mayoría conformado por norteamericanas, inglesas y francesas.

¹⁸ Andrée Michel, op. cit.

Naciones Unidas estableció un excelente parámetro en cuanto a asuntos humanitarios y garantías individuales se refiere. Tres años después, en 1948 se redacta la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con ella un esfuerzo formal para consumir que *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos [...] sin distinción alguna de raza, color y sexo*¹⁹.

¹⁹ ONU (Organización de las Naciones Unidas), *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Última revisión febrero, 2012 en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

2. La Interrupción Legal del Embarazo en México. Consecuencia no deseada de políticas sociodemográficas que construyen Estados.

La revolución de principio de siglo en el país, permitió establecer un ambiente democrático en los años posteriores de la década de los años veinte. Enarbolar el espíritu revolucionario de aquellos tiempos se convirtió en un medio legítimo para la política de Estado, de establecer un vínculo con la población en general que le permitió perdurar durante más de setenta años en el poder (PNR-PRM-PRI). Esta estabilidad política se vio reflejada en los diferentes ámbitos de la sociedad mexicana, la cual, alcanzaría su punto más alto en los treinta años del famoso “Milagro Mexicano” (1940-1970). A diferencia de los países beligerantes, la segunda guerra mundial fue para México una coyuntura favorable; en ella, fue posible observar un constante crecimiento en la economía del país, debido en gran medida a la exportación de manufacturas y productos agropecuarios a los Estados Unidos. La expropiación petrolera (1938), el valor que adquirió este recurso en tiempos de guerra, las políticas monetarias y de protección a la industria nacional (estímulos fiscales y crediticios), hicieron que para la devaluación de 1954 la moneda nacional se sobrevaluara (12.5 pesos por dólar) manteniéndose en tales condiciones durante veinte años²⁰. Este extraordinario ritmo de crecimiento de la economía nacional²¹ que se le denominará *desarrollo estabilizador*, sentó las bases sociales y materiales para un proceso de metropolización considerable. En él, no sólo es posible observar drásticos cambios demográficos sino también culturales, que hicieron de las grandes ciudades un foco de concentración de la población, al agrupar en su infraestructura grandes cantidades de bienes y servicios (mercados de consumo, producción y

²⁰ Gran Historia de México ilustrada, Vol. V, El siglo XX mexicano, en Marquéz, Graciela. Política económica y modernización, Planeta Mexicana, CONACULTA, INAH, México, 2001.

²¹ Crecimiento PIB: 1940, 5.8% anual / 1950, 6.3% anual. En la devaluación de 1954 el crecimiento del PIB fue de 10%. Véase

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/geografica/ciudades.pdf>
Última revisión agosto, 2012.

distribución, construcción de drenaje, iluminación pública, transporte, centros de salud y educación etc.) y de oportunidades de crecimiento laboral e intelectual.

Hubo una relación estrecha entre el proceso de urbanización mexicano y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población a causa de los avances tecnológicos en materia de salud. El haberse beneficiado de los acontecimientos mundiales, permitiendo establecer una economía nacional eficiente e instituciones políticas estables, hizo posible que en el país se produjera el fenómeno más notable en cuanto a estructura social se refiere: la consolidación y diversificación de las clases medias. Las nuevas generaciones de jóvenes que poseían niveles de instrucción mayores a las de sus padres, acuñó en su mayoría, un conjunto de ideas provenientes de la Revolución Soviética y la difusión del marxismo que se vieron reflejadas en los movimientos contraculturales y estudiantiles de los años sesenta.

Haciendo frente a los entonces modelos de organización política, lograron una fuerte influencia sobre las decisiones gubernamentales en los años posteriores. En la capital del país, fue posible observar la injerencia de esta nueva clase social bajo la organización de dos nuevos actores: la izquierda mexicana y el movimiento feminista.

El contexto sociodemográfico

El periodo de 1920-1970 fue para México, medio siglo de destacadas expresiones gubernamentales en pro de la construcción de una nación autosuficiente. Fruto del pensamiento revolucionario, el Estado se propuso de la mano de una sólida economía, consolidar las victorias sociales de la Revolución, garantizando profundas modificaciones que propiciaran las condiciones necesarias para el desarrollo social del país. Entre estas acciones, la más significativa fue aquella referente a la previsión social, que favoreció un sistema de apoyo de bienestar a los

trabajadores. Ya para 1917, se había estipulado en la Constitución en el Artículo 123 una jornada máxima de ocho horas, la prohibición del trabajo a menores de 12 años, derecho al descanso dominical y la negativa de horas extras para el trabajo femenino y de menores de 16 años, además de la financiación de gastos para educación básica, dispensarios y vivienda para los trabajadores. Le siguió la Ley Federal del Trabajo de 1931, no obstante, es hasta la promulgación de la Ley de Seguro Social de 1943 cuando se propaga el mejoramiento de las condiciones básicas de vida, salud, educación, y recreación de los trabajadores y de sus dependientes económicos (familiares), así como la ejecución de medidas de seguridad e higiene en el trabajo²². De dicha Ley se desprende El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual resarce la demanda de servicios médicos de los trabajadores, pensiones, seguro contra accidentes e inhabilitados laborales, vejez y muerte. Aunado a las labores del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) constituido en 1959, quien también ofrece asistencia en salud y seguridad e higiene laboral, el Estado logró subsanar el sistema de previsión social del país.

La política del Estado mexicano en materia social y laboral provocó cambios en la dinámica demográfica del país. La creación de instituciones en materia de salud, seguridad, protección al salario, consumo básico, higiene laboral, vivienda, caminos y transportes, empleo y educación elevaron los niveles de calidad de vida de la población, por lo que la esperanza de vida fue en aumento. Esta medida demográfica fue muy exitosa, México pasó de ser un país predominantemente rural -alrededor del 80% de la población en 1910- a uno urbano -más de 65% de la población en 1980.

²² Sandoval, Alfonso et. al. "México: Setenta y cinco años de Revolución". Vol. I. en Lozoya Thalmann, Emilio *Previsión social en México Política e Instituciones*. FCE, Instituto de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, México, 1988.

Cuadro 1 México: Población total, urbana y no urbana, 1910-1985
(en miles de habitantes y porcentajes de participación)

Año	TOTAL MILES	%	URBANA a) MILES	%	NO URBANA MILES	%
1910	15 161	100.0	1 784	11.8	13 377	88.2
1920	14 392	100.0	2 048	14.2	12 344	85.8
1930	16 552	100.0	2 890	17.5	13 662	82.5
1940	19 650	100.0	3 927	20.0	15 723	80.0
1950	25 780	100.0	7 010	27.2	18 770	72.8
1960	34 922	100.0	12 880	36.9	22 042	63.1
1970	48 867	100.0	22 858	46.8	26 009	53.2
1980	67 009	100.0	35 772	53.4	31 237	46.6
1985	74 981	100.0	41 906	56.1	33 075	43.9

Fuente: Zúñiga Herrera, Elena. *Reflexiones sobre la transición demográfica y sus implicaciones sociales: 30 años de política de población*. CONAPO, México, 2004

Conjuntamente, las mejoras en la salud pública y vivienda, marcaron una notable diferencia en la calidad de vida. La electricidad, el drenaje y los servicios de agua entubada sumados a los institutos preventivos y asistenciales del sistema de salud provocaron la disminución de las tasas demográficas básicas. La mortalidad infantil (menores de un año) decreció de 321 muertes por mil nacidos en 1907 a 33 muertes por mil nacidos en 1982, la mortalidad se redujera un 60% al pasar de 25.6 defunciones por mil habitantes en 1921 a 9.4 defunciones por mil habitantes en 1967 (Cuadro2); y la esperanza de vida aumentara de 33 años a 61 años en las cuatro décadas anteriores a 1970 (Cuadro 3).

Cuadro 2 México: Tasa Bruta de Mortalidad,1921-1967

Periodo	Tasa (Por mil)
1930-1934	25.6
1935-1939	23.3
1940-1944	22.0
1945-1949	17.0
1950-1954	15.1
1955-1959	12.2
1960-1964	10.4
1965-1967	9.4

Fuente: COLMEX, *Dinámica de la población en México*. Centro de Estudios Económicos y Demográficos. 2a ed. México, 1981 p. 14

Cuadro 3 México: Esperanza de vida al nacer, por sexo, 1930-1970

Año	Hombres	Mujeres	Diferencia (en años)
1930	36.08	37.49	1.41
1940	40.39	42.50	2.11
1950	48.09	51.04	2.95
1960	57.61	60.32	2.71
1970 ^a	59.00	63.10	4.10

Fuente: Centro de Estudios Económicos y Demográficos, *Dinámica de la población en México. Colegio de México. 2a ed. México, 1981 p. 34*

Con la fecundidad en niveles históricos²³, la distribución de la población y su ritmo de crecimiento llegaron a niveles sorprendentes. La tasa de crecimiento poblacional alcanzó un 3.5% anual durante los veinte años posteriores a 1950, originando un incremento en la población de 33.4 millones de 1930 a 1970²⁴ Esto no se debió al crecimiento de la tasa de fecundidad, sino al aumento de la sobrevivencia de la población por la disminución de la mortalidad. A grandes rasgos, se deduce que inserto al proceso de metropolización, la población vivió más y murió menos. Aunque no de forma determinante, la transición demográfica de mediados de siglo ocasionó evidentemente extremas modificaciones de tipo estructural en el proceso reproductivo y productivo de las familias mexicanas. Producto de dicha dinámica, una parte concreta de la población resultó afectada ante tales alteraciones: las mujeres. ²⁵Para comprender la magnitud del problema vale la pena puntualizar tres aspectos significativos:

1) En el México rural de comienzos de siglo, las mujeres en edad reproductiva, se ocupaban en dar a luz numerosos hijos, ya que en su mayoría, éstos fallecerían en los primeros años de vida o durante el parto mismo. Por ello, las mujeres alcanzaban altos índices de

²³ La fecundidad permanece constante de 1930 a 1970. *Ibíd.* p. 49 (198 nacimientos por mil mujeres en 1930 y 199 nacimientos por mil mujeres en 1970)

²⁴ *Ibíd.* p. 59

²⁵ Para una mejor revisión del tema véase De Barbieri García, T. *Políticas de población y la mujer. Antecedentes para su estudio.* Revista Mexicana de sociología, Vol. 45, Núm. 1 (Ene-Mar), México, 1983, pp. 293-308.

fecundidad puesto que de todos sus nacidos, les sobrevivirían menos de la mitad en etapa adulta. Esto ocasionaba que las mujeres destinaran alrededor de treinta años de su vida a la procreación, manutención y educación de la familia. Pero hacia 1960, con los programas nacionales de salud e higiene pública, casi, sino es que en su totalidad, los nacidos vivirían aproximadamente 60 años.

2) Los procesos de industrialización mostraron que para la subsistencia del sistema capitalista la incorporación de la mujer es esencial. Tanto el trabajo no remunerado del hogar como el trabajo extradoméstico (obreras, trabajadoras domésticas, empleadas, vendedoras, etc.) son elementales para la vida productiva de las familias y por ende de las sociedades. Basta con decir que en periodos de guerra, pandemias, revoluciones y crisis económicas, la exclusiva capacidad reproductora de las mujeres ha representado el núcleo tripartito de todo Estado-nación: población de territorio - mano de obra - soldados (impuestos, producción económica, soberanía).

3) La vida productiva de las mujeres coincide en su totalidad con la edad reproductiva de las mismas. Esta constante condición a la que las mujeres están expuestas, resulta un factor de riesgo en el desarrollo de su vida si deducimos que deberán aprender a sobrellevar continuamente, el deseo y la posibilidad de ser madre, vinculado al empeño de la superación profesional. Si reflexionamos que la maternidad ha sido considerada por tradición, un deber de la mujer y no un derecho sobre su cuerpo, tenemos que, las mujeres optan por postergar la maternidad, o en caso contrario, se ven “obligadas” a desistir de cualquier aspiración de progreso laboral. Bajo este marco contextual, la dinámica laboral y familiar para las mujeres cambió drásticamente. En principio, las mujeres ya no podían permitirse tener tantos hijos, debido a que el sustento y cuidado resultaba complicado y agotador. Además, eran ellas las que padecerían los principales efectos secundarios al exigírsele por falta de recursos, su inserción a la fábrica, a la oficina, al taller, a los institutos de enseñanza, a los centros de

salud, y a su vez ser aún “la encargada” del hogar y la educación de los nacidos.

La “otra” fertilidad femenina.

Aunado a los antecedentes demográficos, factores sociopolíticos como los movimientos estudiantiles y obreros europeos (Mayo francés - Otoño Caliente), el 68 y 71 mexicano, la revolución cubana, movilizaciones de organizaciones pacifistas (hippies), grupos minoritarios (feministas, negros, homosexuales) y los movimientos contraculturales en general, cimentaron una plataforma de pensamiento liberal que como su mismo nombre ostenta, se caracterizaron por proponer nuevas formas de concebir la vida proclamándose en contra de los valores culturales tradicionales frecuentemente basados en el materialismo capitalista. Estas corrientes antisistémicas buscaron en esencia la satisfacción humana; por tal razón, en el camino emprendido por las y los feministas en aras de la emancipación de la mujer, dicha satisfacción se vio representada a través de la liberación sexual. El carácter de este feminismo de tipo liberal se manifestó mediante el replanteamiento del rol de la mujer en sociedad, identificando los problemas centrales que afectaban su pleno desarrollo. Instituciones como la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación y la Iglesia, se distinguieron entonces, como sistemas de coerción impuestos por los Estados para constituir una ideología sexista-patriarcal que denotara el progreso del sexo masculino a costa de la opresión del sexo femenino.

En efecto, la liberación femenina significó más que la superación del tabú sobre la sexualidad de las mujeres. Simbolizó la revolución de las formas de poder impuestas en la cotidianidad, de los roles no elegidos, de la “subordinación natural”, del “mandato divino”. Las mujeres comenzaron entonces a planificar su maternidad y en muchos casos a suprimirla. Exigieron la democratización educativa y laboral de la vida productiva, además de métodos anticonceptivos y difusión de programas

de educación sexual. En otras palabras, lucharon por modificar la idea totalizadora de que el cuerpo de las mujeres pertenecía a todos, menos a ellas. Esta re-apropiación del patrimonio femenino, inició en el país bajo la celebración del Año Internacional de la Mujer (AIM), con la Ley general de población de 1974²⁶, que obliga al Estado a la planificación familiar y la educación sexual. Sin embargo, aspectos como la disparidad del nivel educativo y socioeconómico entre las grandes ciudades y el resto de la república, la doble jornada laboral femenina, la Iglesia católica como reguladora del comportamiento de la mujer y de la institucionalización de la acción marital, ocasionaron que en el caso mexicano, el cambio se presentara en menor medida. La ignorancia o inaccesibilidad hacia los métodos anticonceptivos y servicios de salud, junto a *la vigencia de muchos patrones culturales tradicionales que ponderan el papel procreativo y maternal de la mujer*²⁷, dificultaron la planificación familiar, es más:

Al contrario de lo que sucedió en los países occidentales, el acceso a los métodos modernos de anticoncepción no estuvo acompañado de una “liberación sexual” que disociara la sexualidad, procreación y matrimonio al principio de la vida fecunda²⁸.

En estas condiciones, los programas nacionales de política demográfica y educación sexual estuvieron lejos de satisfacer las demandas que el movimiento feminista exigía y sobre todo de enarbolar el espíritu del AIM y de las conferencias mundiales de México y Copenhague (1980). Las reformas al Código Civil y a la Ley Federal del Trabajo demostraron que sólo eran simples procesos de integración de las mujeres a la vida productiva del capital, y no así de reconocimiento de las particularidades de su persona. La ley de 1974 buscaba simplemente la reducción de la tasa de crecimiento poblacional. Para

²⁶ Reforma al artículo 4° de la Constitución: *Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*. Otra modificación importante fue la que se hizo al artículo 123° que eliminó las restricciones al trabajo femenino.

²⁷ M. Acosta, F. Botton-Burla. L. Domínguez. *El Aborto en México*. FCE, México, 1976 p. 22.

²⁸ Marie-Laure Coubès, María Eugenia Zavala de Cosío, René Zenteno, coordinadores. *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: una perspectiva de historias de vida*, en Brugeilles, Carole y Olivia Samuel *Formación de parejas y vida fecunda en México*, Porrúa, México, 2005. 474 pp.

nada le importaba la complejidad de la realidad femenina. La liberación sexual, la socialización, mejoramiento y actualización de métodos anticonceptivos confiables y menos invasivos, la violencia conyugal, el derecho a una maternidad voluntaria, segura y saludable, la violación femenina, el aborto, etc., pasaron a segundo término y en el peor de los casos fueron olvidados.

Para 1975 sólo el 8% de la población femenina utilizaba algún método anticonceptivo²⁹ ¿y el 92% restante? ¿Qué hacían entonces las mujeres que ya no querían tener más hijos? Mujeres embarazadas por una pareja violenta que terminó por abandonar la relación ante la noticia. Mujeres víctimas de algún acto accidental (falla del anticonceptivo) o imprudencial, mujeres con embarazos de alto riesgo por peligro de muerte o con graves daños a su salud, casos donde se sabía sobre alguna malformación del producto ¿Qué hacían las mujeres que habiendo deseado tener un hijo, no pudieron impedir el nacimiento ante dificultades imprevistas adversas a un ambiente favorable para el nacido? La respuesta a estas preguntas se expresa como método necesario de control de nacimientos³⁰ de embarazos no deseados, que representa una solución a problemas inesperados, una posibilidad de cambio de decisión por razones válidas en cuanto a que son personales. Esa respuesta ha sido, es, y será (mientras no haya otro medio disponible) el aborto.

El Aborto: Definición e introducción

No cabe duda, que si existe un método de control de natalidad con características universales, que no responde a raza, cultura, condición económica, credo o estrato social, este ha sido el aborto. Pero ¿qué es el aborto? La Organización Mundial de la Salud lo define como *la interrupción de un embarazo antes de que el feto pueda llevar una vida*

²⁹ . Acosta, F. Botton-Burla. L. Domínguez. op cit. p. 21

³⁰ “Control de nacimientos” se refiere al nacimiento de los hijos y no a su concepción [...]. Se trata simplemente de evitar que ocurra el nacimiento. Pick de Weiss, Susan. *Estudio social-psicológico de la planificación familiar*. Siglo XXI, México, 1979. p. 27.

*extrauterina*³¹. A su vez, distingue el aborto espontáneo del aborto inducido. El primero es la pérdida espontánea (no voluntaria) de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g. El Aborto inducido, por su parte, es la interrupción deliberada de un embarazo de las mismas características que la anterior³². No obstante, el estado ilegal de la práctica del aborto provocado, las limitaciones respecto a las circunstancias en que se permite ejercerse y/o la ausencia o precariedad de servicios de salud idóneos, propician que el aborto provocado se presente en condiciones de riesgo. Un aborto inseguro, es para la OMS *un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos*³³. Tomando en consideración que la prohibición no significa su anulación, países con legislaciones restrictivas hacia la interrupción del embarazo hacen de ésta, un problema serio de salud pública, sexual y reproductiva. Para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) con sede en El Cairo en 1994, se reconoció como un grave problema de salud pública la práctica de abortos en condiciones de riesgo. Se incitaba a los países participantes a constituir un plan de acción que incluyera mejoras en acceso e información de métodos anticonceptivos modernos, atención médica-profesional a complicaciones provenientes de abortos espontáneos e inducidos y, en aquellos casos donde fuera permisible, garantizar servicios de calidad en la interrupción del embarazo.³⁴ Tales eran las cifras, que para finales del siglo XX y principios del XXI, se estimaba que más de 70,000 mujeres morían al año debido a complicaciones en la interrupción de su embarazo, representando el 13% de la tasa de mortalidad materna mundial. La

³¹En: http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9243544691_spa.pdf. Última revisión marzo, 2012.

³²En: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf. Última revisión abril, 2012 en

³³ En: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf. Última revisión marzo, 2012

³⁴ Informe de la Salud 2005 OMS.

relación en algunas regiones era de 1 aborto inseguro por 7 nacimientos vivos. En América Latina y el Caribe esta relación era de 1 por cada 3.³⁵

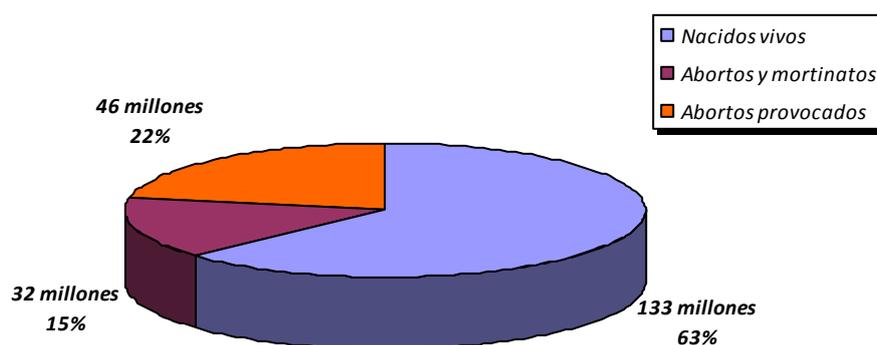
Cuadro 4: Aborto en condiciones de riesgo. Estimaciones regionales por año

Región	Abortos inseguros	Muertes por aborto inseguro	% de muertes por aborto inseguro
África	5 000 000	34 000	13
Asia	9 900	38 500	12
América Latina	4 000 000	5 000	21
Europa Oriental	800 000	500	24
Europa del Norte	<30 000	<20	2
América del Norte	Mínimo	Mínimo	Mínimo

Fuente: J. Davanzo y D.M. Adarrison. “La planificación familiar en los países en desarrollo: un éxito incompleto”, en *Population Matters Issue Paper*, Santa Mónica, RAND Corporation, 1998, en Rodríguez Ramírez, Gabriela, “El aborto”, México, D.F.: UNAM, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, 2002, p. 86

En el Informe Mundial de la Salud del 2005, se calculó que de los 211 millones de embarazos, 46 millones finalizaban en abortos inducidos. De éstos, alrededor del 60% eran inseguros.

Gráfico 1: Resultados de los embarazos que se producen cada año en el mundo



Fuente: Informe Mundial de la Salud 2005, OMS

³⁵ OMS 1998.

El sólo hecho de que las mujeres sigan recurriendo al aborto como un medio de control natal, aunque en la mayoría de los casos sea ilegal, costoso e inseguro, denota la complejidad, lo delicado y la urgencia del problema. En estas circunstancias vale la pena priorizar algunos debates en torno a la despenalización del aborto.

El aborto, un fenómeno social.

El movimiento feminista se insertó desde su comienzo en una doble dicotomía coercitiva, la primera de clase (Burgués-Proletario) y la segunda de género (Varón-Mujer). En América Latina, así como en la mayor parte de los países capitalistas occidentales, la distribución de la riqueza nacional se ha encontrado desproporcionadamente repartida; es decir, muchos tienen poco y pocos tienen mucho. Ahora bien, el común denominador de la condición femenina ha estado determinado por un doble contrato: de trabajo y matrimonial. Dice De Barbieri, hablando sobre las diferentes hipótesis acerca del origen de la subordinación de las mujeres a los varones... *Para obtener el mayor control posible sobre la capacidad reproductiva se ha requerido controlar también la sexualidad y la capacidad de trabajo de las mujeres*³⁶. Esta privativa de los Estados de legalizar, garantizar e inmiscuirse mediante sus diferentes mecanismos en la vida privada de las mujeres denota lo indigno e inaceptable de la condición femenina y las relaciones de género aún prevalecientes. Por tradición, la mujer ha pertenecido al padre, al marido, al patrón. Ellos se han encargado a través de contratos familiares, laborales y conyugales de ostentar, custodiar y apoderar el cuerpo, la sexualidad y el pensamiento de las mujeres. De modo que, por lo general, entre a más contratos sociales hayan estado expuestas, más sometida habrá sido su condición. Esto se comprende en mejor manera, si se afirma que el Estado a través de sus instituciones ha instaurado los marcos jurídicos necesarios para legitimar la violencia hacia la mujer y ocultar aquella ilegítima. Violencia al reprocharle el

³⁶ De Barbieri García, T. *Mas de tres décadas de los estudios de género en América Latina RMS*. Número Especial (LXVI), 2004 p. 200.

trabajo extradoméstico, al no retribuírsele económicamente por el mismo trabajo de lo que al hombre se le remunera, al prohibir la interrupción del embarazo; violencia al despreciar el extenuante trabajo del hogar, al adjudicársele en su totalidad el cuidado y educación de los hijos, al negársele el sufragio; simplemente por nombrar algunas. Luego entonces, el contrato laboral se ha definido a razón de la asignación del rol productivo de la mujer en sociedad. En pocas palabras, trabajo doméstico no remunerado y sólo en caso de ser necesario, el extradoméstico injustamente mal pagado, obviamente sin dejar la responsabilidad del primero. El contrato conyugal por su parte, se tradujo en la atribución de labores únicamente de reproducción y crianza de la familia. Lo anterior me lleva a concluir que esta doble dominación puede llegar a ser inversamente proporcional con su contraparte: mientras las mujeres se confinan más y más a la esfera privada y al anonimato social, los varones ganan poco a poco (y en otras ocasiones mucho a mucho) reconocimiento público, derechos y facilidades de desarrollo.

Bajo este contexto las mujeres tuvieron que aprender a luchar por sí y para sí mismas. Este sistema de clase-género ha limitado la libre y natural vida femenina. Es evidente entonces, que ante sucesos como un embarazo no esperado, se encuentren las mujeres comúnmente frente a un panorama poco favorable si anteponeamos que la penalización del aborto compromete su clandestinidad y genera lucro. De esta manera, aquellas mujeres que no tengan los medios necesarios, sea dinero, información, fortaleza personal, etc., pasarán, en caso de decidir interrumpir su embarazo, por una de las experiencias más traumáticas e indignantes de su vida y persona. Se someterán a condiciones insalubres, a comentarios denigrantes, a procesos quirúrgicos devastadores, y aún así no podrán asegurar salir con vida. La llamada industrialización del aborto³⁷, es el ejemplo perfecto para demostrar que su ilegalidad es inútil e injusta, puesto que son aquellas mujeres con

³⁷ Véase Revista FEM vol. I Núm. 2 (Ene-Mar) 1977.

recursos las que sí podrán practicárselo decorosamente. Ser mujer en la sociedad mexicana fue por mucho tiempo una desventaja social, además de esto ser pobre, era una sentencia determinante.

Implicaciones sociales del aborto.

La discusión en torno al aborto ha generado diferentes puntos de crítica y opinión; no obstante, fuera del debate central existe una realidad innegable: la mortalidad materna. Las cifras sobre mortalidad materna por aborto inseguro resultan ser insensibles si se piensa que por ejemplo en México, dos terceras partes de las mujeres que se practicaron abortos tienen por lo menos un hijo o una hija nacida viva³⁸. Lo que me lleva a pensar que una gran parte de mujeres fallecidas son madres. Esto indica que, además de la muerte de quien aborta, graves consecuencias socioculturales se suscitan ante la falta de la figura materna en una sociedad que la prepondera como pilar estructural de la familia. Esta postulación que nos inserta a un fenómeno de índole social, nos permite entonces *una concepción más ajustada a la realidad [...] la maternidad como una función social, lo cual unifica la responsabilidad estatal y colectiva para afrontar las necesidades materno infantiles*³⁹. Si se pensara la maternidad como un proceso personal con orígenes y consecuencias sociales sería factible identificar los responsables de la actividad reproductiva, descartando que las mujeres sean las únicas involucradas.

La capacidad reproductiva femenina implica una concepción de la reproducción humana ética y moral. Aspecto ajeno aún para muchas personas. Decir que el Estado debe proveer los elementos básicos para que tanto varones como mujeres sean atendidos en entornos propicios como consecuencia de una decisión personal (interrumpir o no

³⁸ Cifras GIRE Agosto 2013. Última revisión septiembre, 2013 en: https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1

³⁹ Molina Moreno, C. E. *Aspectos sociales del Aborto FEM* Núm. 2 1977 p. 47

interrumpir el embarazo) resulta aún cuestionable para muchos. Sucede que el enfoque es el erróneo. Los seres humanos son ciudadanos y ciudadanas en tanto que son sujetos de derechos. Si la maternidad, en específico el embarazo, es una experiencia única en su género, entonces los derechos reproductivos y humanos que conllevan la maternidad y la paternidad se definirán en esta medida: Estados que se denominen democráticos, deberán proporcionar los medios necesarios, desde servicios públicos hasta marcos jurídicos garantes, para que tanto mujeres como varones, en caso de concebir un nuevo ser, lo hagan en ambientes salubres y favorables. Por otro lado, si el deseo es planificar o controlar la natalidad, que exista la información, métodos contraceptivos y servicios abortivos de calidad.

¿Por qué las mujeres disfrutan de la libertad y derecho de dar a luz y no el de abortar? Si dentro de los derechos reproductivos se encuentra aquel de la libre decisión sobre las funciones sexuales del propio cuerpo. La respuesta ha estado personificada mayoritariamente por la Iglesia Católica y grupos evangelistas. La injerencia de la Iglesia Católica en la institucionalización de patrones de conducta y en la conformación de estructuras como la Familia y el Estado en las sociedades latinoamericanas ha sido trascendental para la instauración de juicios políticos y culturales relacionados a la condición femenina. No obstante, aunque no es mi principal objetivo desglosar los motivos por los cuales se prohíbe el aborto en la práctica cristiana, y aún pudiendo omitirlo frente a los altos índices de abortos que demuestran que por encima de la fe profesada existen fuertes convicciones personales que desplazan cualquier postura religiosa, la Iglesia Católica ha sido en el occidente contemporáneo, la institución opositora por antonomasia a la interrupción del embarazo. Desde las remotas interrogantes como en sus actuales aproximaciones, esta institución religiosa ha estado presente en el debate sobre la validez del aborto. Participando en la determinación de la acción, ha provisto su “muy particular” punto de vista sobre la naturaleza moral y la debida legislación correspondiente. Empero, los “cómo” y “de qué manera” de la Iglesia Católica son el

motivo por el cual, se debe poner mayor énfasis en el origen de su postura, pues hasta la fecha sigue interviniendo en las decisiones personales de quienes se declaran creyentes y de los que no lo son, acto en contra de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Iglesia y aborto

Comúnmente la jerarquía católica ha hecho pensar, que la prohibición a la interrupción del embarazo interpuesta por la Iglesia católica, se fundamenta en una tradición de pensamiento milenaria, bajo preceptos bien establecidos, o al menos, precedido por algún estatuto divino –y por tanto irrefutable-. Antes de apresurarme a sacar inmediatos asertos, es necesario entender las determinantes sobre la restricción para poder validar, si es posible, la incuestionabilidad moral que goza en el presente.

En términos generales, la Iglesia Católica Apostólica Romana tiene dos grandes funciones, enseñar y legislar. A la primera, se le conoce bajo el nombre de *magisterium* -capacidad de catequizar la fe y la moral católica-. El magisterio, se ocupa exclusivamente de cuestiones que se han reconocido como infalibles, “verdades de Dios”, por ejemplo el Decálogo (Los diez mandamientos). En su función legislativa, la Iglesia establece mediante leyes, la permisibilidad de la conducta de las/los católicos y el castigo que han de merecer en caso de quebrantarlas. En otras palabras, es un medio válido de actualización de la moralidad del catolicismo en la vida cotidiana. Estas leyes están incorporadas en el Código de Derecho Canónico. Compilado en 1917 (resultado del Concilio Vaticano I⁴⁰) el Derecho Canónico, puede cambiar en la medida en que

⁴⁰ Los Concilios Vaticanos son concilios ecuménicos (que tiende a la unión entre cristianos) de la Iglesia Católica convocados por el Papa en donde se hace un llamado a todos los obispos para deliberar sobre principios doctrinales. Por norma, al estar conformados por la mayoría de los obispos, los concilios son la máxima autoridad en la Iglesia Católica Romana. De ellos, se desprenden acuerdos que pueden estar formulados bajo distintas modalidades, sea en constituciones, decretos o declaraciones conciliares. El anterior concilio ecuménico al Concilio Vaticano I fue el Concilio de Trento llevado a cabo en la ciudad de Trento en la actual Italia entre los años de 1545 y 1563.

el trabajo legislativo de la Iglesia así lo haga debido a que, en sentido normativo, es el representante jurídico de los principios de la fe católica. En él, se encuentra el conjunto de leyes que han de guiar y administrar la organización de la propia Iglesia.

El vigente código data de 1983 y lleva en sí, el espíritu neotérico que hubo de caracterizar al Concilio Vaticano II. A pesar de ello, aún en éste, la interrupción del embarazo está expresamente prohibida, sin embargo, sigue sin formar parte del magisterio de la Iglesia ¿Qué implica esta última aseveración? Significa que si bien la práctica abortiva conlleva la restricción de los derechos como católico (materia legislativa) su naturaleza no es infalible en materia eclesiástica, es decir, carece del fundamento teológico necesario para ser considerado como un estatuto divino -que dé por sentado la incuestionabilidad del tema- y por tanto, sin los requerimientos para formar parte de la enseñanza universal del catolicismo. Sin ánimo de precipitar llanas conjeturas, debo puntualizar dos cuestiones significativas:

1) La prohibición del aborto no es definitiva.

2) Su condición restrictiva es entonces, producto del juicio de una minoría de la Iglesia Católica Apostólica Romana, que conforma al aparato jurídico eclesiástico, quien para determinar tal estado hacia al aborto tuvo que hallar moralmente justificable el dictamen restrictivo.

Si el punto de partida yace de la función legislativa de la Iglesia, está claro entonces, que contradice inevitablemente la labor de renovación que se supone ha de desempeñar. Se sabe que anteriormente la descentralizada organización de los comienzos de la Iglesia Católica imposibilitó la existencia de una postura oficial frente a la interrupción del embarazo -aunque no por eso dejó de haber quien reflexionara sobre las particularidades del fenómeno-. Sin embargo, este no es el caso del acta apostólica del Papa Pío IX. Su publicación, no sólo data de 1869, sino además omite inmemorables análisis y discusiones acerca del tema.

A más de ciento cuarenta y cuatro años del decreto se podrá pensar que en retrospectiva, el problema no es tan serio como parece. Suficiente es con señalar que aún con las deliberaciones de los dos concilios vaticanos que cambiaron significativamente la estructura fraccionada del catolicismo y la eclesiología en general, el tema sobre el aborto sólo se retomaría para mantener su estado restrictivo, el debate prácticamente quedaría intacto. Por tanto, no nos queda sino atender la línea de pensamiento que a pesar del extenso transcurrir de los años, sí hizo por comprender la naturaleza del fenómeno, aquella que la jerarquía de la iglesia haría caso omiso.

En general, existía la idea de que la interrupción del embarazo era una falta sólo si usaba como medio para *ocultar los pecados de fornicación y adulterio*; no por homicidio. En dicho caso, la creencia que se posicionó con mayor fuerza, fue la hipótesis de la *Humanización tardía*, que discrepaba de la presencia de vida humana desde la concepción. Según ésta, debía de pasar un periodo determinado para que el proceso de humanización se presentara y el producto fuera considerado un ser humano con alma propia. Esta visión estuvo precedida por la teología moral de uno de los cuatro Padres del Catolicismo Romano, San Agustín (siglo V d.C.), conocido en parte por su doctrina antisexual⁴¹, que establecía la procreación como único fin del matrimonio, reduciendo a la mujer a su mínima expresión al valorarla únicamente por su capacidad reproductiva, oponiéndose a la práctica anticonceptiva y a la obtención del placer derivado del encuentro sexual; permaneció dominante durante más de un milenio en los círculos de discusión de la jerarquía eclesiástica. Al respecto, San Agustín puntualizaba: *Según la ley, el acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no*

⁴¹ Hume, Maggie. *La Evolución de un Código Terrenal. La anticoncepción en la doctrina católica*. 3ª ed. 1997 México, DF; Católicas por el Derecho a Decidir, p.9

*está dotada de sentidos*⁴². Santo Tomás de Aquino (s. XIII), vendría a darle continuidad a la hipótesis de hominización retardada alegando que *el aborto en las primeras etapas no es homicidio pues ésta[la hominización] ocurre 40 días después de la concepción en varones, y 80 días después en mujeres*⁴³.

Para ese entonces, se habían presentado diferentes concepciones en torno a la permisibilidad del aborto. Aunque si bien la teoría de la hominización tardía había predominado, estaba también en escena aquella que alegaba una hominización inmediata del feto. En el año de 1588, en un acto que pretendía dar por finalizado el debate y sus diferentes vertientes, el Papa Sixto V emitió la bula *Effraenatum* (Sin restricción), que condenaba tanto el aborto como la práctica anticonceptiva, considerando ambos casos homicidios y motivos de excomunión. No obstante, la bula papal duraría poco debido a que su pronunciación se debía más a cuestiones pragmáticas –eliminar la prostitución, el adulterio y las relaciones fuera del matrimonio- que a criterios teológicos con fundamentos. A la muerte de Sixto V, la bula desaparecería e implícitamente con ella, la aceptación de la hominización inmediata.

La discusión en torno al aborto se apaciguaría a falta de nuevos argumentos durante casi tres siglos, hasta que en el año de 1869, el Papa Pío IX publicaría el *Acta Apostolica Sedis* (Acta de la Sede Apostólica) donde en un acto casi inaudito, sin razón aparente más que la de dejar bien en claro la postura de la jerarquía conservadora de la iglesia, prohibiría la interrupción del embarazo en cualquiera de sus etapas, privilegiando abiertamente la idea, frágil e inmadura, de la hominización inmediata del feto. Este mismo dictamen es el que hoy día sigue vigente, aquel que castiga con la excomunión a toda mujer que aborte, sin importar las causas, motivaciones de su decisión.

⁴² Hurst, Jane. *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia católica*. 4ª ed. 1998 México, DF; Católicas por el Derecho a decidir, p. 14

⁴³ *Ibíd*, p, 18

Sabiendo de antemano su origen, es de llamar la atención, que una decisión con tintes autoritarios, prevalezca gracias a la defensa de sectores muy selectivos que abogan a la moralidad del veredicto, cuando no sólo se desconoció el trabajo previo de importantes representantes de la tradición escolástica, sino además, con un poco de perspicacia, comienzan a dilucidarse una serie de elementos trascendentales que ayudan a comprender la pertinencia del decreto del Papa Pío IX, pero que están muy lejos de poder ser admitidos como principios de fe de la iglesia católica. Observar: en el primer caso, la aceptación de la bula *Effraenatam* del Papa Sixto V de 1588 y su especial énfasis en castigar el control de la natalidad se debió en gran medida al descenso de la población por brotes epidémicos repentinos de la peste u otras enfermedades, periodos de hambrunas en Roma en 1578/1583 y en Europa durante todo el siglo XVI⁴⁴. A la par del Renacimiento quien hubo de sentar las bases de una perspectiva humana menos teocéntrica que trascendió hasta la práctica reproductiva de la época y quien obtuvo la aprobación teológica de limitar las relaciones sexuales a fin de disminuir la fecundidad total de las mujeres para hacer frente a los niveles de pobreza que restringían la formación educativa de los menores y su calidad de vida. Aunque no se consentía la anticoncepción, la condición económica de las familias era motivo válido para prevenir el régimen de fecundidad natural respaldado por el clero de la Iglesia católica.

Ahora bien, en la *Acta Apostolica Sedis* de 1869, el contexto social, político y demográfico en la Europa occidental que le rodeaba era imponente. Por un lado, estaba la enorme afluencia de guerras y revoluciones⁴⁵ -mismas que contribuyeron en general al descenso de la población-; por el otro, los avances cognitivos en torno a métodos

⁴⁴ Long Towell, Janet. *Comida y Conquista: consecuencias del encuentro de dos mundos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1996, p. 174

⁴⁵Por mencionar algunas representativas: Revoluciones liberales-burguesas (1789,1820,1830 y 1848) Guerras Napoleónicas (1792-1815) Guerras de la Independencia Italiana (1848/1859-61) Guerra de Crimea (1853-1856) Guerras de Intervención Francesas en México (1838-39/1862-67) Guerra Franco-prusiana (1870-71) La Comuna de París (1871)

contraceptivos habían reducido los índices de natalidad en la región. Con el nacimiento de los nacionalismos y la instauración de los Estado Nación en puerta, la jerarquía católica -representada por los Estados Pontificios pero con injerencia política más allá de la península itálica- se vio en la necesidad de tomar cartas en el asunto, en parte por el apabullante crecimiento del protestantismo que amenazaba ya la hegemonía de la cual había gozado durante siglos. La Iglesia sabía que en las soberanías, el territorio es fundamental y para ello requería de gente que lo poblara –y lo defendiera- de ahí la suma importancia de la cuestión poblacional (a mayor número de fieles mayor el poder obtenido). Los discursos nacionalistas fueron el principal argumento para hacer frente a esta serie de cambios; un claro ejemplo es el sermón pronunciado por un Cardenal suizo ante la derrota de Francia (país católico más importante) en la guerra franco-prusiana, en una audiencia el 14 de julio de 1872:

*Han rechazado a Dios y Dios los ha castigado [...] Vosotros, mediante cálculos monstruosos, hicieron tumbas en lugar de llenar cuñas con niños. Por consiguiente, carecieron de soldados*⁴⁶

Esta percepción numérica se prolongó con la encíclica del Papa Pío XI *Casti Connubi Quanta Sit Dignitas* (*Sobre el matrimonio cristiano, atendidas las actuales circunstancias, necesidades, errores y los vicios de la familia y de la sociedad*) de 1930:

*Tengan, por tanto, en cuenta los padres cristianos que no están destinados únicamente a la prolongación y conservación del género humano en la tierra [...] sino a injertar nueva descendencia en la Iglesia de Cristo [...] a fin de que crezca cada día el pueblo dedicado al culto de Dios y de nuestro Salvador*⁴⁷.

⁴⁶ Hume, Maggie, op cit. p. 16

⁴⁷ Encíclicas del PP. Pío XI. Carta Encíclica “Casti Connubi Quanta Sit Dignitas”, 1930 p.1235

Aunque mi principal objetivo, no es cuestionar el tipo de decisiones con las que la Iglesia católica ha pretendido redimir las vicisitudes históricas que como institución hubo de afrontar, sí lo es el enunciar 1) su inmensa capacidad de respuesta a ciertas circunstancias sociopolíticas que le son de su interés; 2) dichos intereses, no han estado obligatoriamente relacionados con la fe y la moral católica. Qué mejor ejemplo que la prohibición del aborto entablada por el acta del Papa Pío IX, quien logra entenderse sólo a través de la dilucidación del proceso coyuntural habido en el siglo XIX en toda Europa. De la complicada comprensión de un decreto apenas cuestionado por creerse moralmente justificable a sabiendas de su autor, tenemos ahora un acta apostólica deliberada por la jerarquía conservadora de una institución religiosa que consideró “conveniente” prohibir todo acto que limitara los índices de natalidad de su época, aún si esto significara contradecir los milenarios avances sobre el tema de sus unidades internas; por verse en la necesidad política y económica de aumentar el número de filas de fieles-seguidores que respaldaran y defendieran el proyecto de constitución de Estados católicos que siguieran privilegiando el sistema jerárquico y autoritario del cual habían sacado provecho durante siglos. En sentido práctico, necesitaban gente que poblara territorios, pagara impuestos, defendiera causas y de paso, qué mejor si se basara en una interpretación sexista de la historia que legitimara el desarrollo del género masculino por el detrimento de la condición y las capacidades del género femenino, transmutándose (la interpretación) a una especie de paternalismo sagrado que alegó a su pseudo deificación para entablar de relaciones humanas, relaciones de poder. Esta es la razón por la que ha aludido a la castidad como estado de pureza femenina y ha enaltecido el celibato entre sus similares. Con la primera, controló de tajo a la mitad de la población total, mediando normativamente su comportamiento social, psicológico, sexual y reproductivo. El estado célibe del clero fue por su parte, la insigne distinción resultante entre la analogía de lo apasionado/terrenal de la conducta del hombre, de lo racional/divino del sacerdocio. En otras palabras, se sirvieron de la castidad como muestra de estado puro y de dominio de instintos

naturales para establecer entre su mismo género un nuevo estrato social aún mayor de los ya establecidos que los aventajara de sus opositores.

Cuando en la Edad Media se desatan los conflictos entre el papado, los obispos y las órdenes religiosas por una parte, frente a la realeza y los señores feudales por la otra, acerca de quién debe someterse a quién y por lo tanto por el poder y las autonomías en la sociedad, se conciben múltiples discursos acerca de la superioridad e inferioridad de unos y otros. En los sectores eclesiásticos se vuelve hegemónico un pensamiento que sostiene –basándose en la patrística- que la castidad es la virtud que más valoriza a los hombres. Como en ese momento el papado insistía en el celibato sacerdotal, los célibes, esto es, el clero, debían gozar de una posición jerárquica por encima de los que tenían relaciones sexuales, fueran éstos casados o solteros.⁴⁸

Al mismo tiempo daban fin a una preocupación de tiempo atrás destinada a evitar la descendencia del alto clero para garantizar así la centralización de las riquezas y poder dentro de la iglesia, propósito que las herencias familiares boicotearían.

Con el panorama bosquejado sobre el origen de la prohibición, es tiempo de atender ahora a las características de la misma. Aunque pareciera no haber problema con respecto a la ofensa moral del acto (pecado) en realidad poco es lo que se sabe y resulta increíble que existan bastantes más acotaciones de lo que pudiera imaginarse.

Como previamente se comentó, el Código de Derecho Canónico contiene en su interior, la ley de la Iglesia Católica. Fruto del trabajo legislativo, las leyes penales que ahí se encuentran están expuestas a los cambios necesarios para dar orden a la práctica del catolicismo. Como ejemplo, el vigente código aprobado en 1983 refleja el espíritu del Concilio Vaticano II. El código se divide en siete libros, cada uno de

⁴⁸ De Barbieri, T. “Comentarios sobre normas y valores de la Iglesia católica en la sexualidad y la reproducción”. pp. 166-167 en Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern coord., *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. 2001 COLMEX

ellos se compone por una lista de cánones que fungen como representantes de la postura y los valores de la fe católica. En él, sólo hay dos cánones relacionados con el aborto. El primero y el más concurrido por grupos conservadores:

Canon 1398: Quien procura el aborto, si éste se produce, incurre en excomunión *latae sentencie*.

El segundo canon, aunque no nombra de manera explícita al aborto es comúnmente atribuible a él debido a las características del mismo:

Canon 1329 §2: Los cómplices no citados en la ley o en el precepto incurren en la pena *latae sententiae* correspondiente a un delito siempre que éste no se hubiera cometido sin su ayuda y la pena sea de tal naturaleza, que también a ellos les pueda afectar; en caso contrario; pueden ser castigados con penas *ferendae sententiae*.

Existen otros cánones que no hacen referencia al aborto de forma directa, pero son realizables para los fines de castigo que de él derivan. Este es el caso del canon 1322:

Canon 1322: Se consideran incapaces de cometer un delito quienes carecen habitualmente de uso de razón, aunque hayan infringido una ley o precepto cuando parecían estar sanos.

El canon 1323 redime de pena alguna a quienes en sentido estricto incurren en una falta si:

Canon 1323: No queda sujeto a ninguna pena quien, cuando infringió una ley o precepto:

1. Aún no había cumplido dieciséis años;

2. Ignoraba sin culpa que estaba infringiendo una ley o precepto; y a la ignorancia se equiparan la inadvertencia y el error;

3. Obró por violencia, o por caso fortuito que no pudo preverse o que, una vez previsto, no pudo evitar;

4. Actuó coaccionado por medio grave, aunque lo fuera sólo relativamente, o por necesidad o para evitar un grave perjuicio, a no ser que el acto fuera intrínsecamente malo o redundase en daño de las almas;

5. Actuó en legítima defensa contra un injusto agresor de sí mismo o de otro, guardando la debida moderación;

6. Carecía de uso de razón, sin perjuicio de lo que se prescribe en los cánones 1324 §1, §2 (1324 §1: Por quien tenía sólo uso imperfecto de razón; 1324 §2: Por quien carecía de uso de razón a causa de embriaguez u otra perturbación semejante de la mente, de la que fuera culpable) y 1325 ([...] nunca puede tenerse en cuenta la ignorancia crasa, supina o afectada; ni tampoco la embriaguez u otras perturbaciones mentales que se hayan provocado intencionadamente para cometer el delito o como circunstancia excusante; e igualmente la pasión, si se ha excitado o fomentado voluntariamente)

7. Juzgó sin culpa que ocurría alguna de las circunstancias indicadas en los número 4 o 5.

El canon 1324 indica que bajo las mismas circunstancias del canon anterior *el infractor no queda eximido de la pena, pero se debe atenuar la pena establecida en la ley o en el precepto, o emplear una penitencia en su lugar...*

Antes de analizar el resto de los *cánones*, fijemos la atención en el canon 1398. En él, se nombra la excomunión *latae sententiae*, que ha

sido traducida popularmente como excomunión inmediata. En torno a este término latino, el Código Canónico ayuda a hacer una distinción entre las penas *latae sententiae* y *ferendae sententiae*. El canon 1314 indica al respecto: *la pena es generalmente ferendae sententiae, de manera que sólo obliga al reo desde que le ha sido impuesta; pero es latae sententiae, de modo que incurre ipso facto en ella quien comete el delito, cuando la ley o el precepto lo establezcan así expresamente*. Con esto se quiere decir, que una pena *ferendae sententiae* es aquella que necesita de un proceso determinado para su propia ejecución, como puede ser el decreto de un arzobispo u obispo, hasta entonces, el reo podrá seguir gozando de todas las garantías que recibe como católico. Caso contrario a la pena *latae sententiae*, quien no necesita de procedimiento judicial o administrativo para que la pena se ejerza. El reo está obligado desde el momento mismo en que se realiza el delito. Se puede decir que ante la ausencia de legítima autoridad, el reo es su propio juez y la sentencia del juicio es el acto llevado a su fin. Con ello podemos deducir la naturaleza de la excomunión *latae sententiae*. Sin embargo ¿realmente la excomunión implica la expulsión de la iglesia como comúnmente se cree?

La excomunión implica la privación de los derechos como católico. El propio Código de Derecho Canónico contradice la idea popular de expulsión, al considerar aún parte de la iglesia al excomulgado, ya que si ésta fuera cierta, debería contar con un precepto de irrevocabilidad de la condición del reo:

Canon 1331: 1. Se prohíbe al excomulgado:

1. Tener cualquier participación ministerial en la celebración del Sacrificio Eucarístico o en cualesquiera otras ceremonias de culto;
2. Celebrar los sacramentos o sacramentales y recibir los sacramentos;

3. Desempeñar oficios, ministerios o cargos eclesiásticos, o realizar actos de régimen.

Hablamos entonces de restricción más no de destitución o salida necesaria. Por tanto existe un proceso de absolución, de perdón del pecado. A cerca de los cánones 1322, 1323, 1324 y 1325 observamos que aún perpetrando el aborto, se pueda eximir de pena al católico/católica, o en su caso, aminorar la penitencia correspondiente. Los eventos donde puedan aplicarse tales excepciones son cuantiosos que me veo obligado a omitirlos. Empero, me gustaría retomar sólo uno de ellos que a mi parecer contiene en sí una reflexión interesante, el canon 1323 §4: “Actuó coaccionado por medio grave, aunque lo fuera sólo relativamente, o por necesidad o para evitar un grave perjuicio...”

Hasta la fecha persiste la preocupación para unos y la polémica para otros, al respecto de la posibilidad del control de una situación negativa a través del ejercicio subjetivo de conciencia, de libertad de decisión que derive en la aceptación de un daño menor con el fin de evitar uno más grave, en tanto que el medio elegido no pueda ser incontrovertible moralmente.

La doctrina católica detenta en su haber -en forma escrita u oral- la fe profesada por la Iglesia católica apostólica romana. Como su nombre lo indica, la doctrina son los preceptos mismos llevados a su fin (acto o pensamiento). Es en cierta medida el manual que define y comprende la práctica de las enseñanzas profesadas por Jesucristo, hijo de y él mismo Dios. Sin embargo, no todas las enseñanzas están en forma de lista ni tan expresamente definidas como en el caso del decálogo, el cual deja poco espacio a malentendidos. Para poder instaurar un tipo de *modus vivendi* que representara la tradición de la iglesia y a su vez permitiera ser valorado y seguido por los católicos, fue necesario recurrir a la teología. Sea por el tipo de narrativa utilizada en libros y escrituras, lo universal y genérico de los dogmas y “verdades de Dios” o por lo cambios léxico-semántico sufridos con el pasar de los años, la labor de

teólogos por interpretar, actualizar y desarrollar la doctrina ha sido fundamental para salvaguardar la vigencia de la fe cristiana.

La función no es la de improvisar dogmas de fe sino interpretar y descifrar las verdades divinas a su máxima expresión de tal manera que puedan ser aplicables sin importar tiempo y espacio; es en otras palabras una labor que busca el estado de adaptación mayor de la fe de la iglesia a las circunstancias actuales. Puesto que no hay compendio que dicte sobre todos los actos, pensamientos u obras, en todos los contextos y para todas las personas, hubo teólogos, cardenales, obispos que se ocuparon por desarrollar principios que pudieran ser fácilmente ajustables a la cotidianidad de la vida. Entre ellos existen dos de considerable antigüedad y renombre, que deben ser tomadas en cuenta en el debate del aborto y al canon 1323 §4: el principio del mal menor y el principio del probabilismo.

En sentido práctico, el principio del mal menor responde a la dificultad de elección frente a una situación que derivará sea cual sea la deliberación, en un daño moral. La validez de este principio es la posibilidad que tiene la persona involucrada de optar por aquella decisión que según su conciencia le dicte, conduzca al mal menor.

Tanto San Agustín como Santo Tomás de Aquino sostenían que la práctica de la prostitución era mala, pese a ello, pensaban que era propio del legislador sensato permitir el mal, si al eliminarlo resultaba un mal mayor⁴⁹

“Ubi dubium, ibi libertas” (Donde hay duda, hay libertad) es la máxima del principio de probabilismo, doctrina fundada en el siglo XVII. Objetivado para dotar de universalidad al ejercicio de la doctrina católica, este principio aboga por la viabilidad de disensión de un

⁴⁹ Summa Theologiae, II III, q. 10, a 11 en Maguire, Daniel C, “Opciones católicas para el debate sobre el aborto. El probabilismo en una sociedad plural” en Conciencia Latinoamericana, *Reflexiones éticas sobre el Derecho a Decidir*, Red Latinoamericana de católicas por el derecho a decidir, Vol.XIX N° 18, México 2011, p. 21.

ordenamiento moral siempre y cuando éste albergue dudas acerca de su justificación ética. Al carecer de infalibilidad moral, el probabilismo permite que ultimadamente la virtud de una decisión resida en el proceso personal de elección, en el uso libre de la propia conciencia para dotar de sentido válido la resolución a un debate, no importando si éste contraría las enseñanzas en vigor de la jerarquía eclesiástica. La probabilidad requerida para el uso de este recurso reflexivo se puede obtener de dos maneras específicas, extrínseca e intrínsecamente. En la primera es necesario la participación de cinco o seis teólogos, o alguna autoridad de renombre dentro de la iglesia, que mantengan la misma perspectiva discrepante. Por el contrario, la manera intrínseca dispone exclusivamente del uso de razón de la persona en cuestión sin la obligatoria presencia de alguna figura de autoridad que legitime opinión, decisión y/o postura cualquiera.

Hasta antes de la segunda mitad del siglo XX, la probabilidad sólo se lograba mediante la disquisición interna de expertos en el tema pertenecientes a la élite iglesia. La probabilidad intrínseca se aceptó en el Concilio Vaticano II, heredando en sí, posiblemente el más notable rasgo característico del evento, la libertad de conciencia; al menos así lo demostró su declaración *Dignitatis Humanae* (Declaración sobre la libertad religiosa). Qué mejor ejemplo entonces, que la misma posibilidad de discernir a razón de nuestra propia conciencia la moralidad de un acto específico, en la justa meditación autónoma de optar por algo que creemos es lo correcto.

Este espíritu libertario se reflejó también en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*, que por sí misma detenta un proceso de secularización entre la vida diaria de las personas en todo el mundo y la iglesia católica. Este deseo progresista hacia la doctrina católica no representa la laicidad de la conducta de los feligreses católicos, más bien se enfoca a aspectos cualitativos del comportamiento actual del ser humano. Denuncia tanto al cegado fanatismo religioso que desvincula el orden cultural y las relaciones sociales al priorizar únicamente el

cumplimiento de ciertos rituales para la íntima obtención de una vida eterna, como al hiperracionalismo ateo que reduce toda acción humana al pragmatismo de la vida cotidiana: *El divorcio entre la fe y la vida diaria de muchos debe ser considerado como uno de los más graves errores de nuestra época*⁵⁰.

En respuesta, exalta atributos que han de dar sentido a la vida humana –por tanto espiritual- organizándola, ejecutándola. Libertad, verdad, dignidad son algunos ejemplos del diseño divino del que Dios se ha servido del ser humano, para gobernar el mundo terrenal.

*Si por autonomía de la realidad se quiere decir que las cosas creadas y la sociedad misma gozan de propias leyes y valores, que el hombre ha de descubrir, emplear y ordenar poco a poco, es absolutamente legítima esta exigencia de autonomía. No es sólo que la reclamen imperiosamente los hombres de nuestro tiempo. Es que además responde a la voluntad del Creador. Pues, por la propia naturaleza de la creación todas las cosas están dotadas de consistencia, verdad y bondad propias y de un propio orden regulado, que el hombre debe respetar con el reconocimiento de la metodología particular de cada ciencia o arte*⁵¹.

Si fijamos total atención, la trascendencia de este documento radica en considerar al ser humano en lo individual como en lo social. Pero exactamente eso, **considerar**. No existen absolutismos divinos, incuestionables; ni autoritarismos que atribuyan el dictamen de lo correcto e incorrecto a una pequeña élite privilegiada. Por el contrario, existe una sana relación entre Dios y el ser humano, una relación de libertad que no busca sino una digna condición terrenal. Según la declaración, la *consistencia* con la que se nos ha dotado, aquella que determina la moralidad de la conducta, aquella que deriva en leyes y busca, más allá de la normatividad, el bienestar de hombres y mujeres, es el uso de la conciencia.

⁵⁰ Constitución Pastoral Gaudium Et Spes Sobre la iglesia en el mundo actual. n.43

⁵¹ Ibíd n. 36

Dignidad de la conciencia moral.

16. En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo, pero a la cual debe obedecer, y cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de sus corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal: haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente. **La conciencia es el núcleo más secreto y sagrado del hombre**, en el que éste se siente a solas con Dios, cuya voz resuena en el recinto más íntimo de aquélla. Es la conciencia la que de modo admirable da a conocer esa ley cuyo cumplimiento consiste en el amor de Dios y del prójimo. **La fidelidad a esta conciencia une a los cristianos con los demás hombres para buscar la verdad y resolver con acierto los numerosos problemas morales que se presentan al individuo y a la sociedad.** Cuanto mayor es el predominio de la recta conciencia, tanta mayor seguridad tienen las personas y las sociedades para apartarse del ciego capricho y para someterse a las normas objetivas de la moralidad⁵²[...]

La conciencia es entonces un designio de Dios y el paso definitivo a la materialidad de una vida libre.

Grandeza de la libertad

17. **La orientación del hombre hacia el bien sólo se logra con el uso de la libertad**, la cual posee un valor que nuestros contemporáneos ensalzan con entusiasmo. Y con toda razón. Con frecuencia, sin embargo, la fomentan de forma depravada, como si fuera pura licencia para hacer cualquier cosa, con tal deleite, aunque sea mala. La verdadera libertad es signo eminente de la imagen divina en el hombre. Dios ha querido dejar al hombre en manos de su propia decisión para que así busque espontáneamente a su Creador y, adhiriéndose libremente a éste alcance la plena y bienaventurada perfección. **La dignidad humana requiere, por tanto, que el hombre actúe según su conciencia y libre elección, es decir, movido e inducido por convicción personal y no bajo la presión de un ciego impulso interior o de la mera coacción externa.** El hombre logra esta dignidad cuando, liberado totalmente de la cautividad de las pasiones, tiende a su fin con la libre elección del bien y se procura medios adecuado para ello con eficacia y esfuerzo crecientes [...]⁵³

Por añadidura, en última instancia según las encíclicas somos nosotros los mejores y únicos jueces ante un evento que se sitúa

⁵² *Ibíd.* n.16

⁵³ *Ibíd.* n.17

problemático. Sólo mediante el ejercicio subjetivo de conciencia podemos determinar la gravedad de las circunstancias personales que hemos de afrontar en la diversidad de posibilidades que como seres sociales estamos expuestos. Forjados por infinitas complejidades, los dictámenes de la conciencia no pueden ser -ni son- un manual universal unilateral, por tal manera, no le debemos explicación ni rendición de cuentas alguna hacia los juicios morales de otras personas que nos obligue a elegir u optar por una conducta concreta. Justamente por lo anterior, son completamente refutables los argumentos de grupos ultra conservadores que aún osan por llamar moralmente injustificable la decisión personal de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo. Porque a pesar de los pesares y aún con las múltiples posturas restrictivas de la iglesia católica, que van desde el Acta *Apostólica Sedis* de 1869, la Carta Encíclica *Humanae Vitae* ([...] sobre la regulación de la natalidad- 1968) la Instrucción *Donum Vitae* (Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación- 1987) y la Encíclica *Evangelium Vitae* ([...] sobre el Valor y el Carácter Inviolable de la Vida Humana- 1995) la práctica del aborto no tiene la privativa de infalibilidad moral necesaria para ser considerada elemento indisoluble del magisterio eclesiástico. La propia Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, órgano colegiado del Vaticano encargado de preservar la doctrina católica y su correcta aplicación, en una declaración en noviembre de 1974 acerca del aborto provocado, el Vaticano admite no saber el momento preciso de cuándo el feto se convierte en persona: *desde el punto de vista moral, esto es cierto: aunque hubiese duda sobre la cuestión de si el fruto de la concepción es ya una persona humana, es objetivamente un pecado grave el atreverse a afrontar el riesgo de un homicidio[...]*⁵⁴

¿Qué está pasando entonces? Se suponía que la iglesia católica era la ferviente opositora de quienes defienden la justa libertad de decisión sobre el propio cuerpo; sin embargo, ha sido desde sus entrañas de

⁵⁴ Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración sobre el aborto. n.13

donde han salido distintas manifestaciones que han de considerarse justas y humanitarias. El Código de Derecho Canónico resultó ser más sensible de lo que en primera instancia su nombre aparentaba; los antiguos principios del mal menor y del probabilismo aún vigentes, vinieron a desmentir el intransigente sentido de la doctrina católica y últimamente con las resolutivas del Segundo Concilio Vaticano, la primacía de libertad de conciencia sentó las bases de una nueva configuración en la perspectiva del ejercicio del catolicismo en la actualidad.

Es hasta que comienzan a tratarse temas relativos a la sexualidad -o a ciertas sexualidades-, cuando pareciera ser que la mano del redactor cambia, en forma y sentido. No obstante, queda claro que está lejos de poder considerarse que es la iglesia católica en su totalidad quien escribe. Si acaso, y porque así lo es, son un número reducido de personas quienes se han esmerado no sólo en privilegiar su personal punto de vista sino además que se sepa en la menor medida y si es posible, desaparecer distintas perspectivas válidas, libres y menos inequitativas.

Ha sido un núcleo selecto de gente que se ha propuesto conservar el *status quo* del que tanto se han beneficiado, aquél que ha utilizado la coacción para amedrentar y así controlar el comportamiento de las sociedades. Con una estructura jerárquica, bien les ha venido, aminorar la autonomía de las y los creyentes a través de la función reguladora del pecado, de la penitencia en tanto advertencia y la excomunión como guillotina social. Han optado por sermones en lugar de la reflexión. Es por esto que hasta la fecha poco se sabe sobre la libertad de conciencia; la fórmula ha consistido –y aún consiste- en detentar el poder simbólico, de ahí el por qué de la intolerancia y obsesión por mantener en su mayoría, leyes restrictivas, y frente a ellas, severas acusaciones a quienes crean lo contrario.

Al menos durante todo el siglo XX se observa por parte de la iglesia, un verdadero esfuerzo de actualización y reinterpretación de los textos bíblicos y la doctrina católica en general. Constituciones, decretos y declaraciones conciliares vieron como objetivo sanar la relación entre la iglesia, la sociedad y la ciencia.

La actividad humana individual y colectiva o el conjunto ingente de esfuerzos realizados por el hombre a lo largo de los siglos para lograr mejores condiciones de vida, considerado en sí mismo, responde a la voluntad de Dios [...] Los cristianos, lejos de pensar que las conquistas logradas por el hombre se oponen al poder de Dios y que la criatura racional pretende rivalizar con el Creador, están, por el contrario, persuadidos de que las victorias del hombre son signo de la grandeza de Dios y consecuencia de su inefable designo⁵⁵

Precisamente por lo anterior, descarto que la actual postura de la iglesia en temas referentes a la sexualidad se deba aún a una perspectiva ahistórica que no contemple los cambios sociales, económicos, políticos, culturales y demográficos, por el simple hecho que para cada uno de los anteriores, hay un apartado específico que los aborda (Gaudium et spes: demográfica n.4-8, cultura n.53-62, socioeconómico n.63-72 y político n.73.76) entonces, ¿por qué no respetar dicha reconciliación entre la ciencia y la fe? ¿Por qué injuriar las investigaciones cuando los resultados distan de sus intereses? O en caso contrario ¿por qué prescindir de estudios que sólo por haber tocado fibras sensibles de un puñado de personas se dejan automáticamente de lado? ¿No se suponía que todo aquello creado por los seres humanos en busca del mejoramiento de su condición física, psicológica y social era propio a la voluntad divina, sobre todo si su raíz radica en el uso libre de conciencia? En casos como este, alegan: *por proceder de la inteligencia que Dios ha dado al hombre, poseen una bondad extraordinaria; pero a causa de la corrupción del corazón humano, sufren con frecuencia desviaciones contrarias a su debida ordenación. Por ello necesitan purificación.*⁵⁶

⁵⁵ Gaudium et spes n. 34

⁵⁶ *Ibíd.* n. 11

En abril de 2007, El Colegio de Bioética indicó que el embrión de 12 semanas *no es un individuo biológico ni mucho menos una persona, porque:*

**Carece de vida independiente, ya que es totalmente inviable fuera del útero*

**Si bien posee el genoma humano completo, considerar que por esto el embrión de 12 semanas es persona obligaría aceptar como persona a cualquier célula u órgano adulto, que también tiene el genoma humano. La extirpación de un órgano equivaldría entonces a matar a miles de millones de personas.*

**A las 12 semanas el desarrollo del cerebro está apenas en sus etapas iniciales y no se ha desarrollado la corteza cerebral no se han establecido las conexiones nerviosas hacia esa región que son indispensables para que puedan existir sensaciones.*

**Por lo anterior, el embrión de 12 semanas no es capaz de experimentar dolor ni ninguna otra percepción sensorial, y mucho menos de sufrir o de gozar.⁵⁷*

Conclusiones de este tipo no se citan en espacios religiosos; ecuánimemente no es extraño. Lo realmente preocupante es que al interior de la iglesia, aún en la catequesis se opte por una doctrina tergiversada e incompleta, donde la libertad de conciencia es sólo una lejana ilusión apenas referida; y en su exterior, quiera preponderar en estados democráticos y laicos, su particular cosmovisión de la vida y las relaciones humanas, al servirse de su poder político y económico para intervenir en la creación de leyes y códigos civiles que privilegien el sistema de dominio sexista y patriarcal que su iglesia como institución

⁵⁷ www.colegiodebioetica.org.mx/wp/wp-content/uploads/2011/12/17_04_2007.pdf. Última revisión mayo, 2013

representa. En el actual estado del mundo, la defensa y el ejercicio de las garantías individuales es clave para el desarrollo parsimonioso de sociedades democráticas. Entre aquellas, la libertad de culto y la tolerancia religiosa figuran entre las más representativas del derecho internacional, humano, civil y político. En la consagración de esta libertad ha habido guerras, sudor, sangre y muchísimo dolor, por tal razón, violentarla resulta un acto nocivo al orden social, cultural, político y jurídico de países que la ratifican. Permitir la mínima injerencia de cualquier iglesia o agrupación religiosa en la vida política y legislativa, como lo son las políticas públicas, de forma que se favorezca a un culto específico que más allá de buscar el bienestar común de la mayoría de los habitantes, intente imponer sus valores, no sólo es un gravamen a aquellos que no comparten los mismos principios religiosos, sino además, una falta al derecho constitucional; para el caso mexicano que en sus artículos 24 y 130, establece la libertad religiosa o de credo y la separación del Estado con las iglesias, respectivamente.

Sociológicamente, la correcta regulación de los poderes públicos por parte del Estado y la relación que emana de esta capacidad hacia con los ciudadanos y su comportamiento en sociedad, es fundamental para el funcionamiento del entramado social de un país. Empero, la iglesia católica, no debe ni puede ser una institución de la cual el Estado se sirva para instaurar el orden mediante el ejercicio jurídico de sus facultades. En México, la desvinculación de la iglesia católica frente a los temas de discusión en materia de política pública no es clara aún. Cuando ésta, se opone fervientemente a programas de educación sexual para menores, condena el uso de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia y criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, violenta los derechos sexuales y reproductivos y por ende, afectan tanto a las personas que se declaran católicas como aquellas que no lo son. Como institución religiosa es válido que declare su punto de vista frente a un tema cualquiera; no obstante, de ahí a concederle un espacio privilegiado de participación frente a otras iglesias u organizaciones en general, en la elaboración de políticas sin buscar el bien común y el

respeto de los derechos individuales de sus semejantes contribuye a la desigualdad social, a la inequidad de género y al deterioro de la sana convivencia humana.

Lo que tenemos ante nosotros está lejos de ser una resolución absoluta e incuestionable. Por el contrario, los orígenes de la prohibición son más terrenales de lo que se cree, basta con decir, por increíble que parezca, que la propia Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, artífice universal de los derechos humanos del siglo XX, es casi un siglo más longeva de la condena de 1869 del Papa Pío IX.

Como hemos visto, la actual postura de la iglesia católica que tenemos ante nosotros está lejos de ser una resolución absoluta e incuestionable; por el contrario, los orígenes de la prohibición son más terrenales de lo que se cree. A pesar de su constante intromisión en asuntos de carácter público, juzgando las alternativas, debatiendo públicamente las políticas propuestas y obstaculizando el trabajo legislativo en Estados laicos-democráticos, la premisa no deja de ser clara y directa: si la mujer quiere interrumpir su embarazo es por una o varias razones. La razón no es cuestionable en tanto que será su cuerpo el que presente cambios, el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia y al menos la crianza de los primeros meses de vida estarán a su cargo. De tal manera, la pregunta por el sentido de la despenalización del aborto es una pregunta psicosociológica. El argumento a favor de la práctica del aborto encuentra sus bases en factores sociales y psicológicos más que en demográficos como las estadísticas hacen creer. Es verdad, el aborto fue abordado en su comienzo como problema nacional desde perspectivas poblacionales y médicas. Sin embargo, el estado actual del país obliga a trascender el discurso de aspectos demográficos a humanos. La disponibilidad de bienes y servicios, la enorme infraestructura del sistema educativo, el avance tecnológico en métodos anticonceptivos y servicios de salud, el fácil acceso a medios masivos de comunicación que propician el intercambio de información, la

democratización de espacios públicos y la socialización de una generación más justa y equitativa prevén cambios sustanciales.

Las principales ideas se orientan a reconocer los derechos reproductivos de las féminas, personas capaces de decidir ética y moralmente, con derechos y responsabilidades. Por tal razón, es inconcebible que se les obligue a procrear un nuevo ser, producto de una violación o un accidente médico, con malformaciones o en ambientes económicos y familiares desfavorables. Hasta que no exista un método contraceptivo 100% efectivo, accesible, seguro y no-invasivo, o la capacidad reproductora de la especie no sea exclusiva de la mujer, seguirán existiendo los abortos y con ellos, la necesidad de despenalizarlos para evitar que las gestantes sean presas de sus propios cuerpos e historias.

Es frecuente escuchar “estar a favor” o “en contra del aborto”. Considero que nadie está a favor del aborto, ni las mujeres involucradas. El aborto como tal se erige como una experiencia angustiosa. En él, confluyen una gama de mecanismos sensoriales: sensaciones, pensamientos, fantasías, miedos, expectativas, el propio sentido de realidad. Esto debido en gran parte a que desde tiempos inmemorables, la actividad con la que han definido al género femenino es la reproductiva. Desde la biología hasta la religión, han pretendido justificar esta exclusiva capacidad fisiológica. Por ello, resulta prematuro pensar en otra reacción instintiva que no sea la del conflicto. Esta renuencia se debe por ir en contra de la idealización que tienen de las mujeres como tales. Incluso aquella mujer segura de su decisión, no escapará del estigma social que aún prevalece: *existe una asociación implícita entre la contracepción y el comportamiento responsable, y entre la interrupción del embarazo y el comportamiento irresponsable*⁵⁸.

⁵⁸ Rosado Nunes, María José. “Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto”, en Susana Checa (compiladora) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Paidós, Buenos Aires; México 2006 p. 85

Sociológicamente, el entendimiento de la reproducción humana me obliga a priorizar un discurso paralelo a la realidad materna: la vida social del recién nacido. Siempre se pensó en el argumento humano de la madre pero fue poco lo que se pensó del nuevo ser. Como tal, la mujer conlleva la carga ética y responsabilidad colectiva de la educación y cuidado de su hijo/hija. No se trata de procrear por procrear aunque pareciera que las personas que están en contra de la despenalización del aborto hacen caso omiso a este compromiso. Aluden a que el embrión es un ser vivo en **potencia**. En sociedad, este ser vivo se traduce en un ser ciudadano, que supone un nivel de educación y enseñanza mínimo para su inserción en sociedad. En dado caso de no ser así, las consecuencias son **potencialmente** riesgosas. Personas carentes de salud física y mental, resultado de la falta de capacidad por parte de sus progenitores de proporcionar los medios afectivos, morales y materiales básicos para un propicio desarrollo, se integrarán a la vida productiva, social, política, cultural de nuestras sociedades. Si pensamos este fenómeno a gran escala, razones sobrarían para anteponer la idea de una sociedad mentalmente enferma: *Un hijo no deseado, es un hijo no querido desde antes de nacer. Si a esto se le suma una precaria situación económica, el rechazo de su medio, ya existirán suficientes elementos como para poder prever conflictos importantes para el resto de sus días.*⁵⁹

Desde otro punto de vista, la interrupción del embarazo es la última oportunidad de hacer valer los derechos reproductivos de las mujeres y los varones, de valorar la vida humana, de responsabilizarse socialmente, de no determinar injustamente a la penuria a un nuevo ser. Desgraciadamente, no todas las mujeres tienen esta posibilidad. Al menos en el país, sólo el Distrito Federal provee la libertad de interrumpir legalmente el embarazo por voluntad de la mujer. En el resto de los estados, aún prevalece la lucha incesante entre las voluntades coercitivas externas a ella (sea el Estado, la Iglesia o la pareja misma) y

⁵⁹ Rozenfaig, Diana, *Psicoanálisis y el aborto*, en FEM Vol. 1 Núm. 2 p. 22

los deseos femeninos hacia el constructo social de la maternidad. Por tal razón, al hablar en la actualidad sobre la despenalización del aborto se recurre constantemente a un discurso referente a un problema de violencia sexual con determinantes sociales.

La despenalización del aborto en la Ciudad de México

El movimiento feminista mexicano adquiere forma y sentido con la instauración del Frente Único Pro Derechos de la Mujer en 1935. Conformado mayoritariamente por mujeres comunistas y militantes del PNR, sus principales intereses estuvieron relacionados con el trabajo y voto femenino⁶⁰. La situación política e ideológica de aquel entonces en el país, no propició el advenimiento de cuestiones y contenidos diversos para su análisis y debate público. Basta como ejemplo, mencionar lo ocurrido en la Convención de Unificación Penal de 1936. En ella, se presentó una propuesta de derogación de la práctica del aborto del código penal. Esta propuesta, elaborada por la Dra. Ofelia Domínguez Navarro tuvo por nombre *“El aborto por causas sociales y económicas”*⁶¹ La médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo fue la encargada de darle voz al análisis que fungía como respuesta directa a la actualización del Código Penal de 1871, llamado Código Juárez, por el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales de 1931, protestando que después de sesenta años, los motivos por los cuales se consideraba legal el aborto seguían siendo prácticamente los mismos. A diferencia del Art. 333, donde además de establecer la legalidad del aborto causado por imprudencia de la mujer embarazada, contemplaba ya la autorización del mismo cuando fuera el embarazo resultado de una violación, el resto de los artículos mantuvieron sus normas intactas. En ambos códigos el

⁶⁰De Dios Vallejo, Delia Selene y Navarro Lara, María Esther, *El feminismo como movimiento social*, en *Perspectiva de Género*, Género y trabajo social, núm. 1; Chávez Carapia, Julia del Carmen coord. ENTSUNAM, Plaza y Valdés 2004. p. 35

⁶¹ Cano, Gabriela *Una perspectiva del aborto en los años 30; la propuesta marxista* Revista Debate feminista, septiembre 1:2, 1990, pp. 362-372.

aborto sólo era permisible cuando la vida de la gestante corriera peligro (Art. 570 y 334 [respectivamente]). Llamaba la atención atenuantes penales como las de los Artículos 572 y 330-31 y los Artículos 573 y 332, donde a razón de *honoris causa* de la persona, el desconocimiento de terceros y la ausencia de violencia en el acto, se podía eximir o aminorar la responsabilidad jurídica de la abortante; sin embargo, aún eran penalizados y por tal razón, justificación para optar por la clandestinidad de la interrupción del embarazo⁶².

La propuesta de la Dra. Domínguez quedó relegada a segundo grado. A pesar de la validez e increíble argumentación de su propuesta que concebía la práctica del aborto como un fenómeno enraizado en la desigualdad e injusticia social, el cual se debía abordar como un problema grave de salud pública y no como materia de derecho penal, sentando razones suficientes para su despenalización en tanto que argumentaba que su prohibición acrecentaría el problema en lugar de resolverlo; los esfuerzos estuvieron encauzados hacia el sufragio femenino que no se obtuvo sino hasta el año de 1953.

El movimiento estudiantil de 1968-71, el declive económico nacional, el movimiento ciudadano originado por el terremoto de 1985, las cuatro conferencias internacionales sobre la mujer⁶³ (México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995), de población y desarrollo (El Cairo 1994), los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe realizados desde 1981⁶⁴, la constante labor de los diferentes organismos de las Naciones Unidas en torno a los derechos humanos y el reconocimiento de problemas mundiales en sus informes anuales de salud, permitieron la conformación de una plataforma ideológica que propulsó la popularización y la institucionalización del movimiento feminista principalmente con la creación de ONG's que hicieron frente al

⁶² Toto Gutierrez, Mireya. *El aborto y la legislación mexicana*, en FEM. Vol. 1 Num. II p. 5.

⁶³ Marta Lamas, "Cuerpo y política: La batalla por despenalizar el aborto", en Espinosa Damián, Gisela y Ana Lau Jaiven *Un fantasma recorre el siglo, Luchas feministas en México*. 1910-2010. UAM, México, p. 184

⁶⁴En el primer encuentro realizado en Colombia (1981) se declara con fecha del 25 de noviembre, el día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer.

trabajo legislativo del Estado mexicano, facilitando el replanteamiento de temas referentes a la condición femenina.

Este largo pero fructífero camino, se fortalece en enero de 1976 cuando el Movimiento Nacional de Mujeres junto al Movimiento Feminista Mexicano, deciden fundar la Coalición de Mujeres Feministas que tuvo dentro de sus primeros objetivos, el tema del aborto libre y gratuito, traducándose tiempo después en una propuesta de maternidad libre y voluntaria. Adquiriendo resonancia social e impacto político, se alienta el trabajo de investigación y la creación de grupos especializados en la atención y orientación de víctimas de violencia sexual. Tal sería el caso décadas más tarde, del Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC) y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)⁶⁵. En 1979 se crea el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) quien junto a la Coalición de Mujeres Feministas unen esfuerzos para seguir realizando acciones como las del primer proyecto de ley de despenalización del aborto, que bajo el nombre de “Maternidad Voluntaria” fue recibido con oídos sordos por parte del Ejecutivo y con una recia postura de la Iglesia Católica quien no perdió la oportunidad para llamar *asesinos* a los diputados de la fracción parlamentaria del Partido Comunista en 1977.

Inmerso en un contexto de continua censura católica, el Congreso del estado de Chiapas promulga en diciembre de 1990 la modificación en las normas penales que castigan el aborto. Se añadía que tanto por motivos económicos, como en caso de solicitarlo una pareja con fines de control de natal, o una madre soltera lo demandara, la interrupción del embarazo era permisible. Esto desató una ofensiva de grupos católicos encabezados por los jefes de las parroquias condenando la legislación. El movimiento feminista no tardó en reaccionar y para el 8 de enero del año siguiente se crea el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto (FNMVDA) que se encargaría de

⁶⁵ Saucedo Gonzáles, Irma y María Guadalupe Huecuz Elías, *Movimientos contra la violencia hacia las mujeres*, en. Espinosa Damián, Gisela y Lau Jaiven, Ana compiladoras op cit.

enarbolar las demandas en torno a los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellos, el aborto. Seguirán constantes jornadas de lucha en pro de la maternidad voluntaria. A medida que los desplegados, marchas y debates llegaban a la esfera pública, la intromisión por parte de la Iglesia Católica aumentaba ante la reforma al artículo 130 del presidente Salinas de Gortari que establecía la libertad de creencias a la par de conceder personalidad jurídica a las agrupaciones religiosas.⁶⁶

No obstante, los frentes feministas no dieron paso atrás. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) se constituye como un cuerpo organizado de especialistas de diversas disciplinas (científicas, periodistas, intelectuales, artistas, políticas, etc.) para brindar protección, orientación e información y generar propuestas de reforma para la legalización del aborto. Además, las resoluciones derivadas de las conferencias internacionales de los organismos de las Naciones Unidas, obligaban a reflexionar a México entre otros países, a tomar posturas en sus legislaciones ante un problema que para aquel entonces ya se había declarado de prioridad mundial. Este contexto fue bien aprovechado por los frentes feministas para mantener en el debate público la interrupción legal del embarazo. A finales de la década de los 90, el Distrito Federal se convierte en el semillero de acción del movimiento. La Red por la Salud de las Mujeres del DF impulsa la labor crítica y encuentra respuesta en el candidato al gobierno de la ciudad de México, el Lic. Cuauhtémoc Cárdenas, solidarizándose y comprometiéndose con la causa. Al ganar las elecciones y con ellas la mayoría en la Asamblea Legislativa, se emprende el proyecto de modernización del Código Penal para ampliar las causales legales de interrupción del embarazo intactas desde 1931. Sin embargo, el enorme despliegue mediático producido por la visita de Juan Pablo II, obstaculiza la reformas sobre la reglamentación del aborto, las cuales no vendrán a la escena sino hasta comienzos del siglo XXI bajo el nombre de Ley Robles, alusión de la gobernadora interina del Distrito Federal la

⁶⁶ Lamas, Marta., op. cit. p.183-212.

Lic. Rosario Robles. La mayoría partidista en la ALDF permite que para el 18 de agosto del 2000 se extiendan como razones legales de interrupción del embarazo, 1) cuando éste signifique un grave daño a la salud de la mujer, 2) La existencia de malformaciones del embrión y 3) al ser producto de una inseminación artificial no consentida.⁶⁷

Paralelamente a la Ley Robles, se suscitó un caso que llamó la atención de todo el país. El caso Paulina fue la prueba tajante del avance en la materia del aborto pero además del inoperante, perjudicial y desafortado poder de la Iglesia Católica y grupos religiosos. Paulina, una adolescente de 13 años, quien después de ser víctima de violación en la Ciudad de Mexicali y haber levantado la demanda correspondiente en el Ministerio Público resulta embarazada producto del acto, solicitando con pleno derecho la interrupción de su embarazo, es además víctima de una férrea oposición del Hospital General de Mexicali que junto al procurador general de justicia del estado motivan a Paulina y a su madre, tras haber mostrado un filme del grupo ProVida nombrado *El grito silencioso* y una persistente exageración de las consecuencias del aborto, de desistir de su decisión. Los grupos feministas hicieron frente a este fenómeno y lograron que después de seis años de la doble victimización de Paulina se llegara a un “acuerdo” con el gobierno federal registrado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con sede en Washington⁶⁸. Favorables consecuencias se obtuvieron de esta resolución. En primera, el testimonio de Paulina como una experiencia real hacia la necesidad de hacer modificaciones a los aparatos jurídicos para que ninguna mujer tuviera que pasar por lo mismo. Segundo, la elaboración de un oficio de la Secretaría de Salud federal, fechado el 4 de abril de 2006 con destino a todas las sedes de salud de las entidades federativas de hacer saber la obligación de atender gratuita y oportunamente en tiempo y forma, proporcionando todos los medios físicos, materiales y humanos a las mujeres que decidan interrumpir el embarazo por razones legales.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Paulina en el nombre de la Ley*. GIRE. México, 2000.

En la segunda mitad del año 2006, con las elecciones presidenciales de fondo, el tema del aborto es abarcado desde diferentes espacios y las iniciativas de reformas aumentan a tal grado que para el inicio del periodo de sesiones de la ALDF en marzo de 2007 se convierte el tema central por excelencia. El 19 de abril de 2007, las Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia, Salud y Asistencia Social resuelven a favor de la iniciativa y el 24 de abril del mismo año, el pleno de la ALDF aprueba las reformas a pesar de la presión ejercida por la alta jerarquía católica y grupos conservadores. Con fecha del 26 de abril de 2007 la ley se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal entrando en vigor al día siguiente.

Para su ejecución, la ley reformó los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, quedando de la siguiente manera:

Artículo 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.

Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Artículo 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

Artículo 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

Para efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.

Artículo 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

También fueron necesarias algunas adiciones al artículo 16 de la Ley de Salud de Distrito Federal:

Artículo 16 BIS 6: Las instituciones públicas de salud del Gobierno del Distrito Federal, gratuitamente y en condiciones de calidad, deberán proceder a la interrupción del embarazo en los supuestos permitidos en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, cuando la mujer interesada así lo solicite. Para lo cual las referidas instituciones públicas de salud deberán proporcionar información oportuna y veraz de otras opciones con que cuenten las mujeres además de la interrupción del embarazo, así como las consecuencias de salud.

La interrupción del embarazo deberá realizarse en un término de cinco días a partir de que sea presentada la solicitud y satisfechos los requisitos establecidos en la legislación aplicable.

Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aún cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado.

Artículo 16 BIS 7: Los prestadores de los servicios de salud a quienes correspondan practicar la interrupción del embarazo en los casos permitidos por el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tal interrupción, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en la interrupción del embarazo, debiendo referir a la mujer con un médico no objetor. Cuando sea urgente la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud o la vida de la mujer, no podrá invocarse la objeción de conciencia. Será obligación de las instituciones públicas de salud garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor de conciencia en la materia.

Artículo 16 BIS 18: La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. 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.

El gobierno promoverá permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeado y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

El gobierno del Distrito Federal otorgará servicios de consejería médica y social en materia de la atención a la salud sexual y reproductiva, funcionando de manera permanente con servicios gratuitos que ofrecerán la información, difusión y orientación en la materia, así como el suministro de todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente. Asimismo, proporcionarán a la mujer que solicite la interrupción de su embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción.

Con la anterior información podemos decir que:

- * La interrupción del embarazo deja de ser un delito antes de la semana 12 de gestación
 - * La ley no obliga a las mujeres a acudir al servicio si no lo desean.
 - * El servicio es gratuito
 - * El gobierno instaurará las políticas en materia de salud necesarias, para hacer valer los derechos sexuales y reproductivos de las personas.
 - * El gobierno garantizará el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de planificación familiar
 - * El gobierno pondrá especial atención en las características particulares de niños, niñas y adolescentes en la materia.
- *El gobierno brindará la educación sexual mediante campañas informativas, programas o políticas públicas a fin de evitar los embarazos no deseados, no esperados y reducir los índices del aborto.

La Interrupción Legal del Embarazo: un caudal de advertencias y nuevos horizontes

Cabe aclarar un punto controvertible que conlleva el tema en cuestión y que a estas alturas de la política se presenta con mayor frecuencia: nadie está a favor del aborto como ejercicio consustancial de la condición femenina. El movimiento feminista está a favor de la despenalización del aborto como última medida oportuna de concienciar una elección moral de una responsabilidad social. Nosotras, las personas que sentimos empatía por esta corriente de pensamiento social y humano, seguimos creyendo que mientras no existan los medios informativos necesarios ni la calidad educativa en temas concernientes a la sexualidad, derechos y obligaciones reproductivas, así como la oferta de métodos anticonceptivos eficaces, confiables, económicos y menos invasivos, el aborto seguirá siendo la opción más viable frente a los embarazos no esperados. Al ser un fenómeno que se desprende de la capacidad reproductiva y por ende, del encuentro sexual entre dos personas, el aborto es también un proceso de naturaleza social, es decir, que se determina por causas sociales. Por tal motivo, se inserta

gradualmente en los diferentes aspectos que conforma la vida de la persona. Si éstos no son favorables, la interrupción del embarazo propiciará o incrementará la vulnerabilidad social de las mujeres o las parejas involucradas. El uso de esta perspectiva permite considerar al aborto como un elemento indisoluble a la condición humana. Al ser un suceso multidimensional, las secuelas estarán en directa proporción con los niveles de los daños productos de la interrupción: secuelas psicológicas, físicas, sociales, culturales, morales, etc. En otras palabras, entre mayor sea la exposición, mayor será el deterioro alcanzado. En suma, el riesgo acumulado es enorme, y desmedido para ciertos grupos de personas que por su propia situación existencial, se sitúan ante propensas desventajas socioculturales. A mi consideración, no existe sector más vulnerable, por su nivel educativo, posición económica, estado civil, su limitado conocimiento en métodos anticonceptivos y educación sexual, su dependencia parental, la escasa información en salud reproductiva, etc., que las y los adolescentes. Este grupo poblacional que se fija entre los 12 y 19 años de edad, representa por sus propias características, un interesante objeto de análisis. Justifico mi enfoque que consiste en examinar específicamente a este grupo bajo el marco de la interrupción legal del embarazo por dos razones principales: 1) Actualmente, la adolescencia es la etapa de la vida menos propicia para concebir un nuevo ser, tanto por la inmadurez físico y psicológica de los y las gestantes como por la drástica alteración del proyecto de vida de los mismos. 2) Los inciertos y variables medios de valoración social del que son víctimas las/los adolescentes; vulnerabilidad como grupo minoritario que limita sus derechos al acceso a una educación sexual de calidad y a una orientación favorable para su salud reproductiva. Por ende, limitan también el pleno desarrollo de su salud personal y la de sus facultades. Esto ha derivado en la disminución de las posibilidades de tomar una decisión con razón de causa, correcta y consciente. El temor causado en su mayor parte por la desinformación expone a los adolescentes a factores de riesgo que pueden poner su salud psicológica, física y social en peligro.

Así que, si bien es cierto que las restricciones legales no reducen el número de abortos como antes se pensaba, luego entonces tampoco lo hacen las despenalizaciones. Esto es relevante, ya que presupone que detrás de la interrupción legal del embarazo existe un complejo mundo fuera del embarazo mismo, que determina su propia naturaleza. Es entendible que ante toda acción social se produce una reacción y para ella hay que estar preparados. La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es efectiva pero si no existen procesos de conocimiento mediante programas de educación sexual que fomente el ejercicio de la vida reproductiva con responsabilidad y libertad, es probable que nos enfrentemos a un interminable flujo de complicaciones futuras en detrimento de la salud de las personas. Se requiere por tanto adoptar medidas pertinentes que impulsen una sociedad justa y equitativa sin importar el sexo ni la edad de las personas.

El objetivo de mi trabajo, va en relación a depurar el uso del aborto. No podemos permitir como sociedad que las mujeres sigan abortando por razones tan injustificables e inconcebibles como un sistema educativo que prohíbe o tergiversa la información acerca de la salud sexual/reproductiva y/o debido al costoso acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos y/o a la intromisión de la jerarquía eclesiástica en decisiones de dominio público y/o por la indolencia de legisladores hacia temas referentes a la condición humana y/o por simples costumbres sexistas; mucho menos tolerar graves daños o la muerte materna misma sabiendo de antemano que eficientes servicios de salud a la par de programas informativos asistenciales pueden estar evitando tragedias familiares.

Nosotros que averiguamos las motivaciones de la acción social, el hecho de que una adolescente se haya visto concientemente “obligada” a interrumpir un par de embarazos, denota una variabilidad inaudita para ese rango de edad. Lo denunciado no es el acto como tal, ya que como persona posee el libre derecho de decisión sobre su propio cuerpo, sino lo que revela: una malograda salud reproductiva. El

complejo cuerpo que conforma una deficiente formación sexual en un adolescente podría estar íntimamente relacionado con índices de violencia, pobreza y educación del ambiente en donde se desarrolla, y por tanto, resulta un indicador significativo para aquellos facultados en elaborar políticas públicas en derechos reproductivos. Este enfoque me permite ahora, trasladar el acto de engendrar un nuevo ser del ámbito privado al ámbito social, logrando satisfacerlo como un objeto de análisis válido para el estudio social. No pretendo contradecirme. Es verdad que previamente había establecido que el acto biológico, psicológico y social que representa el embarazo y el deseo de conservarlo o interrumpirlo es de exclusiva privacidad personal, no obstante, la disyuntiva ahora en materia se respalda ya no en el cuestionamiento ¿quién decide procrear? sino aquél que expresa ¿cuáles son las motivaciones por las que (las y los adolescentes) se embarazan? A fin de dotar de cavilación el panorama que desde tiempos inmemorables manifiesta la intromisión de fuerzas externas que siguen condicionando la maternidad a grado de despojarla del control total de los progenitores y ante la preocupación que esta afirmación induce al vincularla al tema del aborto y sus víctimas⁶⁹, vale la pena focalizarnos en las y los adolescentes como un grupo vulnerable latente a tales intromisiones.

⁶⁹ Entiendo por *víctimas del aborto* a todas las personas que 1) deseando interrumpir su embarazo desistieron de hacerlo debido a las estrictas restricciones legales, o 2) aquellas que resultaron afectadas a consecuencia de un aborto inseguro ante la falta de un marco jurídico garante.

3. La ILE en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes.

A estas alturas, sabiendo de antemano que el aborto no es un método de control de fecundidad, pero sí el medio menos codiciado de regulación natal, ambas declaraciones acaban convergiendo en un mismo punto que no podemos hacer menos: la salud reproductiva. Ilustradamente hablamos “del antes”, “el durante” y “el después” del embarazo. Esta realidad que ambula entre “el deseo” y “el decido” tener o no tener hijos, cuántos y en qué momento, encuentra en la educación sexual, un papel decisivo si concebimos que **el aborto es la expresión de una sexualidad fallida**⁷⁰ de la(s) persona(s) involucrada(s). Pensar la interrupción del embarazo bajo esta expresión, permite centrarme en una idea medular que facilita la comprensión de nuestro objeto de estudio: el hecho sobre un posible resquebrajamiento en el proceso de conformación de la maternidad-paternidad en cualquiera de las etapas que lo constituyen -¿Quiero o no quiero ser madre-padre?, ¿en qué circunstancias quiero serlo quiero serlo (edad, estado conyugal, situación laboral, económica)?, ¿cuántas veces? y ¿con quién?-. Además, dicha falla logra legitimarse perfectamente con la premisa principal, **nadie quiere abortar**.

Quando nos referimos a la mujer en situación de abortar (aborto provocado), debemos considerar que es una mujer que decide terminar con algo, embrión o feto, que ella misma ha contribuido a gestar. Podríamos entonces decir, que el abortar, es su decisión “consciente”, pero que también ha habido, en el hecho del embarazo, otra voluntad, opuesta e inconsciente [...] Por otra parte, el aborto es vivido como una pérdida. Esto ocurre independientemente de en qué condiciones se haya realizado, o de lo conveniente que haya sido o no la decisión.

Teniendo en cuenta todas las modificaciones fisiológicas y psicológicas que se dan desde un comienzo en el embarazo, esta pérdida está referida no sólo al embrión como “objeto” sino a una parte

⁷⁰ Visión del binomio de la sexualidad de Arnaldo Kraus. Descarto evidentemente los casos por violación, malformación del producto, imprudencia de terceros y los que refieren a graves daños a la salud de la gestante.

de la mujer misma. Ante cualquier pérdida, todo ser humano reacciona [...] Y el aborto es vivido como una pérdida de características particulares. Lo que le asigna estas particularidades, es el hecho casi generalmente encontrado en el trabajo clínico, de estar acompañado de fantasías, la más de las veces no conscientes [...] por mejor decisión que sea el aborto, significa un ataque a sus fantasías de maternidad⁷¹

Luego entonces, si nadie quiere abortar ¿qué les está impidiendo, en este caso a los adolescentes, planificar su vida reproductiva, y por tanto evitar los abortos? Debido a su corta edad, son claro reflejo de las estructuras de diversas instituciones de la sociedad en la que viven. Por ello, debemos recapacitar tendidamente y recordar la desventajosa posición en la que a esa edad uno se encuentra. Figurarse el delicado momento para una pareja (en el mejor de los casos) que aún no está preparada ni psicológica, ni material y mucho menos económicamente para responsabilizarse de un nuevo ser y saberse embarazada. Impúberes que anhelan finalizar sus estudios, continuar laborando, o justa y dignamente disfrutar del rol social asignado (hija(o), estudiante, trabajador(a), etc.) y no madre-padre como fatídicamente pareciera ser la única solución ante el evento. Basta con saber que en el mundo actual, los habitantes están cada vez más expuestos a rigurosas presiones de índoles social, económicas y humanas. La exclusividad y selectividad con la que se caracterizan las sociedades modernas denotan lo elemental que resulta para la vida, el conocimiento de la amplia gama de derechos inherentes al ser humano sin importar raza, sexo, idioma o religión, (alegoría principal de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) del Estado y sociedad donde se desarrolla. Así que, la correcta promoción y protección de los derechos y libertades individuales, columna vertebral de toda sociedad democrática y equitativa, sintetiza la trascendencia que conlleva el empezar a sabernos sujetos de derechos y responsabilidades, no así receptores de críticas, prejuicios o estereotipos.

⁷¹ Rozenfaig, op. cit., pág.20-21

La Ley Nacional para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en su capítulo octavo referente al Derecho de Salud estipula la obligación de las autoridades federales, estatales y municipales de *establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos*⁷². En el solitario caso del Distrito Federal, el servicio de la ILE arrojó otra posibilidad. Sin embargo, estos dos últimos casos trascendentales en materia de salud reproductiva no son fructíferos sin la presencia del Estado a través de sus instancias correspondientes, para comunicar⁷³ y defender estas garantías de las y los adolescentes. Además, es deber de cada ciudadano poner fin a las críticas que éstos reciben; es inaceptable que un adolescente sepa por adelantado, la crítica moral que recibirá y no así su derecho ciudadano al interrumpir su embarazo en caso de que así lo desee. Más si la crítica se basa en referencia a características propias del grupo social del que forman parte, puesto que paradójicamente, pudieran estar siendo víctimas del entorno en el que viven. Es decir, se les critica por razones que probablemente sean resultado de la propia inequidad de la familia, sociedad y Estado.

Por ejemplo, este otro lado de la moneda, puede ser representado por el hecho de que culturalmente se le atribuya exclusivamente a la mujer la responsabilidad y los costos de la reproducción humana (cuidados durante el embarazo, educación y manutención del recién nacido, etc.) La ausencia de algún método anticonceptivo o preservativo en el comienzo de una vida sexual activa y el abuso del aborto es también una realidad innata a sociedades con niveles de educación sexual y servicios de salud mínimas. Por tal razón es conveniente hacer una revisión más detallada sobre la vida sexual de las/los adolescentes.

Uno de los temas más preocupantes pero descifrable hasta cierto punto, es el aspecto relativo a los estudios sobre la salud reproductiva

⁷² En: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf. Última revisión agosto, 2012.

⁷³ A partir de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de 1968, en Teherán, se estableció el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar como un derecho humano.

que poco hincapié hacen en los adolescentes como parte del universo estudiado. En este grupo de edad, se presenta la misma dinámica acumulativa de la que las mujeres han sido víctimas durante mucho tiempo; aquella referente a la desigualdad e inequidad social que la discriminación sociocultural exhibe: si a las propias mujeres no se les reconocía en la toma de decisiones que le concernían, mucho menos aquellas pertenecientes a grupos vulnerables (indígenas, negras, homosexuales, adultos mayores, desempleadas, pobres y adolescentes).⁷⁴ Esta realidad, se ilustra perfectamente con la expresión *a mayor vulnerabilidad mayores los daños obtenidos*, y denota consigo misma una carga potencial impresionante; por ejemplo, si eras mujer, indígena, adolescente y además estás embarazada bastantes razones tendrás como para sentirte desprotegida. Estos grados de vulnerabilidad, íntimamente relacionados con la pobreza, la desigualdad y la discriminación por razón de género hacen un llamado de alerta a todas las políticas públicas en materia de derechos humanos.

Tratados internacionales.

La UNICEF en su informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2011, reconoce la adolescencia no sólo como una etapa de vulnerabilidad sino también como una etapa de oportunidades. Entre sus objetivos, centra la atención a un fenómeno particular: *los embarazos y partos a temprana edad son unas de las principales causas de mortalidad entre las niñas adolescentes*⁷⁵. Esta afirmación coincide con la relevancia de nuestro trabajo al articularlo en el marco de la Interrupción Legal del Embarazo, y por tanto de la planificación familiar y la salud reproductiva. Paralelamente, el informe destaca la importancia que tiene los niveles de instrucción escolar para el mejoramiento en la calidad de vida y conjetura que cuanta más educación reciban las/los

⁷⁴ Retomo el enfoque empleado por el Dr. Claudio Stern, investigador que ha estudiado entre otros aspectos, la salud reproductiva en la adolescencia desde la perspectiva del estudio sociológico de la desigualdad social.

⁷⁵ En: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf. Última revisión septiembre, 2013

adolescentes, más probable es que retrasen la maternidad/paternidad y el matrimonio. Desde luego cabe enunciar que cada país es un caso diferente. A pesar de ello, es de gran utilidad partir de un marco referencial en derechos reproductivos que garanticen una mínima pero atinada legitimación discursiva a nuestro tema.

Hablar sobre el derecho a la salud reproductiva representa un elemento sustancial para el acceso al bienestar general de toda persona. Históricamente en el caso de las mujeres, son bien sabidas las consecuencias resultantes de la desatención y negación a servicios seguros y de calidad. Como se ha descrito previamente, es a partir de tratados y declaraciones internacionales y regionales sobre derechos humanos nacientes de convenciones y conferencias, que fue posible la incorporación de disertaciones jamás incorporadas en la agenda mundial. Las más significativas fueron aquellas referentes a la condición femenina e infantil. Ambas coincidieron en una cuestión: la salud reproductiva; el matrimonio infantil, el embarazo prematuro, el aborto y la muerte materna se consideraron consecuencias inevitables del malogrado tratamiento de la primera.

Antes de proseguir, me veo obligado a hacer un paréntesis para la interpretación del presente trabajo. Las características existenciales de las mujeres y varones de 10 a 19 años han cambiado significativamente en las últimas dos décadas. Estas modificaciones han sido sutiles, por no decir nulamente, contempladas en el conjunto de políticas públicas de finales de siglo XX y principios del XXI. No pretendo repetir el proceso histórico de conformación de políticas concernientes a la salud reproductiva ni sus causas como anteriormente se realizó, sino puntualizar que las y los adolescentes no han sido considerados desde una perspectiva que revele las vicisitudes a las que están expuestos y a la vez, reconozca las particularidades que los caracterizan. Principalmente en estos tiempos donde las etapas de la vida han aumentado, definiéndose y diferenciándose cada vez más las unas con las otras. Entre ellas, la adolescencia, que se ha erigido como una etapa

real que media entre la niñez y la juventud, con las limitaciones que la edad conlleva pero con niveles de alcance trascendentales como el embarazo y con él, un cambio radical en el proyecto de vida de cada persona. Aunque si bien, el uso de la perspectiva de género con la que se ha venido trabajando no permitirá adentrarme exclusivamente al complejo mundo que resulta el *ser* adolescente, solucionando así la barrera metodológica; sí me proveerá de los recursos interpretativos y humanos necesarios para enfatizar el riesgo intrínseco que las niñas adolescentes padecen -por ser culturalmente ellas las más afectadas-. Estrictamente los varones no son mi prioridad a razón que la urgencia sociohistórica no radica en ellos, además que humanamente no sería justo reconocerlos en idénticas condiciones que las mujeres.

Ahora bien, vale la pena precisar ¿qué entendemos por salud reproductiva? El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, Cairo 1994) define *salud reproductiva* como el estado de salud total *en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos*⁷⁶. Arnaldo Kraus parafraseando a Salles y Tuirán en un sentido preponderantemente social define la salud reproductiva como *el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad y permanecer libre de enfermedad incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción*⁷⁷. Ambas enunciaciones remedian el mandato moralista reprobatorio del inicio de una vida sexual activa del/la adolescente, detallando que la salud reproductiva no sólo es el no contagio de ETS y la evasión al embarazo prematuro sino – retomando la definición de *salud* de la OMS, entendida ésta como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la*

⁷⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), El Progreso de las Naciones, 1998; Centro de Investigaciones Innocenti, UNICEF, *Matrimonio Prematuros*, Innocenti Digest No. 7, 2001, p. 11. Vista el 2 de febrero, 2013 en: <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=291>

⁷⁴ Kraus, Arnaldo, *Salud reproductiva: del papel a la realidad* en Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern coord. op. cit., pp.129-130.

*ausencia de afecciones o enfermedades*⁷⁸ e insertándola al ámbito sexual- la conducción racional e informada de la sexualidad de las personas. Esta perspectiva que nos aleja de la creencia popular acerca de la salud reproductiva del adolescente, que ha sido traducida a razón del uso de preservativos en el acto sexual; y nos posiciona en la condición de bienestar físico, psicológico y social de mujeres y varones, da pie a interpretaciones del concepto, por ejemplo, salud reproductiva - del ser adolescente - es también la toma de decisiones –racional e informadamente- sobre cuándo comenzar una vida sexual activa, con quién y bajo qué circunstancias, de forma libre y responsable, es decir, sin presión externa, además de tener acceso a información actualizada, al apoyo especializado y a servicios de salud de calidad para la no discriminación en procesos particulares referentes a su vida reproductiva, como lo son el aborto, el embarazo, la lactancia, el puerperio y la crianza del nacido, de manera tal que en cualquier escenario posible existan los recursos, medios y condiciones necesarias para su ejecución.

Debido a que la salud reproductiva está constituida por dos elementos esenciales para la existencia -vida y salud-, es inminente la realización de legislaciones en defensa y promoción de los derechos reproductivos. Aunque si bien, hubo importantes esfuerzos en la materia bajo la Organización de las Naciones Unidas en los llamados Pactos de Nueva York en 1966 -Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos⁷⁹ (Art. 24 y 26) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸⁰ (Parte III)-, donde los Estados parte se comprometieron a adoptar las medidas necesarias para garantizar el libre goce de derechos universales, entre ellos, el derecho a la salud, al acceso al nivel más alto posible de salud física y mental, a una digna atención médica en caso de enfermedad, al disfrute del progreso científico y sus aplicaciones, pero sobre todo a implementar

⁷⁸En: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Última revisión octubre, 2013.

⁷⁹En: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm> Última revisión septiembre, 2013.

⁸⁰En: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> Última revisión septiembre, 2013.

disposiciones especiales de protección y asistencia a favor de todos los niños y niñas y adolescentes sin importar su condición étnica, física, económica, psicológica o social, atendiendo, índices alarmantes de mortalidad y morbilidad infantil, en mejora de la condición de este grupo vulnerable; el panorama daría un vuelco interpretativo frente a la aprobación en 1979 de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* que entró en vigor a los dos años siguientes. Esta convención sentaría las bases para una serie de programas e instrumentos internacionales⁸¹, donde, a la par de denunciar cuestiones como la discriminación femenina en sus diversas modalidades, -siendo la salud reproductiva y la prevención de la violencia los temas preponderantes, que por sí solos ya denotaban un cambio estructural en la forma de concebir los derechos humanos-, se abordaron como obligaciones estatales, dos nuevos elementos: el derecho a la autodeterminación reproductiva y al aborto. Fue entonces, cuando se advirtió que el derecho a la atención en salud reproductiva no era suficiente, ni estaba desarrollado de manera tal que pudiera intervenir, atender y garantizar el complejo mundo de la reproducción humana y la sexualidad femenina.

El tema de la salud reproductiva y los derechos de las mujeres se mantuvo en la agenda política internacional, en gran parte debido al activismo del movimiento feminista que encontró en México una sede confiable y participativa. Para la última década del siglo XX, se logró conformar un marco que promoviera la defensa y difusión de acciones gubernamentales que satisficieran ya, no sólo necesidades demográficas, sino también sociales, tal es el caso de la condición femenina e infantil, quienes se les dotaba de nuevas y mayores posibilidades que aseguraran su acceso igualitario a dos privativas trascendentales a la calidad de vida del individuo: servicios de salud reproductiva mediante atención médica con base en prácticas y técnicas

⁸¹ La política de igualdad en México se ha regido principalmente por: PROIGUALDAD (2008-2012) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará [1994]), Beijing (1995) y Metas de Milenio (2000).

modernas, y a un nivel digno de instrucción escolar. Dicho marco estuvo constituido por la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Egipto 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995⁸²). No obstante, la CIPD marcaría un antes y un después en la agenda nacional de políticas públicas, principalmente por su alcance internacional, la orientación política y social empleada en materia de derechos reproductivos pero sobre todo, por dejar como herencia un plan de acción de propia continuidad de dos décadas para entre otras cosas, garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, la planificación familiar y la salud sexual para el año de 2015.

**Enfoque de Salud Reproductiva. Una herramienta vital para la
compresión de la trascendencia de los Derechos Sexuales y
Reproductivos de los adolescentes.**

La Asamblea General de las Naciones Unidas deliberó en el año 2000, en su sede en la ciudad de Nueva York, con representantes de 189 Estados participantes -entre ellos México- un texto que lleva por nombre Declaración del Milenio. Consumada en la Cumbre del Milenio, este instrumento destinado a orientar la gestión gubernamental se planteó como propósito rector alcanzar una serie de objetivos para el año de 2015. Denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio – o Metas del Milenio- descendientes directos de la CIPD, representaban los puntos más delicados y urgentes de la agenda internacional referentes a la calidad de vida de las personas y desarrollo de las sociedades. Los objetivos son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.

⁸² Para un panorama más amplio de las conferencias mundiales en el contexto de los derechos reproductivos y sexuales véase De Barbieri García, T. *Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos*. Revista Mexicana de sociología, Vol. 62, Núm. 1 (Ene-Mar), México, 2000, pp. 45-59.

3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Como es posible observar, al menos cuatro de los ocho objetivos (2, 3, 5, 6) están relacionados con la salud reproductiva, de los cuales, el primero es precondition de los tres restantes (3, 5, 6). A tres años de arribar al periodo establecido, los datos disponibles apuntan a que las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres se han acortado, que los niveles de violencia estructural hacia la mujer comienzan a reconocerse⁸³, que los límites de la autodeterminación reproductiva se han ampliado. Sin embargo, los cambios no siempre han sido positivos y en ocasiones no han favorecido a los más necesitados. La realidad dista inquietantemente de lo esperado; la múltiple discriminación a la que las adolescentes se ven expuestas, en tanto que son mujeres y son menores de edad a la vez, se convierte en un estado de riesgo latente.

Falazmente se ha hecho creer, que debido al decrecimiento en la tasa de mortalidad infantil⁸⁴, en la mortalidad de adolescentes embarazadas y sus índices de fecundidad, a la par del aumento porcentual de personas usuarias de métodos anticonceptivos en las últimas décadas, el panorama actual que le depara a la salud reproductiva de este grupo poblacional, es un horizonte protegido y seguro. Asintiendo consecuentemente, que el proceso biológico, médico, psicológico y social que involucra la maternidad -junto con la peripecia

⁸³ La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH) indicó que entre el año 2006 y 2011, la violencia y discriminación familiar, laboral y sexual en mexicanas a partir de 15 años disminuyó de dos a cinco puntos porcentuales.

⁸⁴ La tasa de mortalidad infantil se encuentra directamente relacionada con la condición social, económica y demográfica de la madre y lugar de residencia. Para el 2008, El 17.3% de las muertes de menores de un año en México, se derivaban de madres jóvenes (15-19 años), siendo el segundo grupo poblacional que más contribuía a este indicador. Además se observó un aumento en las cifras a menor nivel de instrucción escolar y/o a mayor paridad de la madre. ENADID 2009.

siempre latente de ser madre- se desarrolla en condiciones ideales (amplia cobertura de métodos anticonceptivos, información actualizada y acceso a servicios de planificación familiar, etc.) se censuran prácticas disímiles al imaginario colectivo, desamparando a todo aquél que vaya en contra de las normas sociales establecidas. Este pensamiento oscila exclusivamente entre el advenimiento de una conducta esperada/permisible y un acto inmoral/condenable del adolescente. Es decir, aquellos adolescentes donde sus relaciones devengan en un embarazo no deseado o en contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual, serán por definición, excluidos, criticados y estigmatizados. Dicho enfoque⁸⁵ es tan escueto, que no contempla un concepto integral de la salud reproductiva de los adolescentes, en tanto que reconoce un estado saludable del mismo sólo ante la ausencia de embarazos y contagios -traducidos históricamente como una enfermedad-; jamás hace referencia a una conducta consciente, responsable e informada que devenga a favor de la voluntad del individuo.

No obstante, existe bastante material como para contrariar esta visión lineal y reduccionista de la salud sexual y reproductiva que tanto ha influido en la toma de decisiones de los menores. Con la finalidad de darle continuidad, expondré por qué considero injusta la estigmatización, al mismo tiempo de establecer por qué estamos aún lejos de obtener un marco positivo que regule, defienda y promueva los derechos reproductivos de los y las adolescentes.

Hablar en torno a la salud reproductiva de los y las adolescentes como un objeto de estudio de las ciencias sociales, requiere un enfoque que sea capaz de divisar las diferentes circunstancias derivadas de la

⁸⁵ Esta postura es difícil de contemplar, puesto que su expresión comúnmente permanece en anonimato y/o sin algún representante oficial (que no sea la Iglesia Católica). No obstante, en foros impresos y electrónicos de discusión, se observa esta perspectiva conservadora y restrictiva hacia la conducta sexual y reproductiva de las/los adolescentes. En una investigación de la Asociación civil *Equidad, Género, Ciudadanía Trabajo y Familia*, de 2007, que tuvo por objetivo el acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos en los estados de Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Querétaro, Puebla, Zacatecas Hidalgo, Morelos, Oaxaca y Tlaxcala y Jalisco, registró que más del 50 por ciento de los estados se detectó actitudes prejuiciosas o de desaprobación ante la solicitud de métodos anticonceptivos.

naturaleza social del individuo, a la que constantemente se ve expuesto. En México, fue a partir de 1974 que se trató el tema en cuestión como un asunto de derechos humanos; empero, tanto la demanda institucional como el interés del Estado, estaban para entonces centrados en las políticas de población (descenso de la fecundidad); por esta razón se creyó resuelto el problema ante la creciente cobertura de los servicios de salud pública y la disminución del crecimiento poblacional. A cuarenta años, la discusión ha tomado otro rumbo; impulsada mayoritariamente por grupos feministas, ONG's e investigadores sociales, se fijó la vista en la salud reproductiva a través de aspectos no considerados entonces: el disfrute total de los derechos y la obligación del Estado a hacerlos válidos. Para la Dra. Ivonne Szasz, la salud reproductiva posee tres aspectos referenciales -a su vez constitutivos- para poder comprenderla en mejor medida: la salud reproductiva como enfoque de ciencias sociales, enfoque de derechos y enfoque de construcción pública de las políticas. Este esquema tripartito que la autora ha nombrado *enfoque de salud reproductiva*, representa una valiosa comprensión del fenómeno y a su vez, una herramienta metodológica eficiente. En primer lugar, por establecer una analogía dicotómica entre el enfoque de construcción pública de las políticas versus enfoque de derechos, con categorías como lo público y lo privado respectivamente, ejercicio teórico que da cuenta de las interacciones de los individuos con las instituciones educativas y de salud. Por su parte, al enfoque de ciencias sociales se le dota de una especie de carácter regulador del binomio anterior, asignándole un papel trascendental a través del trabajo académico, reconociendo que los logros obtenidos son en gran parte, resultado de planteamientos precisos para la adecuación de políticas o programas que respondan a las necesidades específicas de un lugar o una población determinada. En segundo lugar, supera la traba interpretativa con respecto a la salud sexual y reproductiva, atendiendo sólo sus fines e implicaciones sociales. Esta característica conlleva uno de los puntos más relevantes, al dirimir sobre el *modus operandi* de la interpretación sociológica de este enfoque

Cuando se habla de salud reproductiva en la investigación académica y en las políticas públicas, se habla de promover el bienestar en la vida reproductiva y sexual de las personas. Promover el bienestar requiere conocimientos sólidos sobre las dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas que constituyen el contexto en el cual las personas viven su sexualidad, se reproducen y regulan su reproducción. En este sentido, el enfoque de salud reproductiva es un enfoque científico de las ciencias sociales, tendiente a comprender y mejorar las condiciones que permiten o que obstaculizan el bienestar en estos ámbitos de la vida. Es básicamente un enfoque centrado en los derechos humanos y las libertades de las personas, así como en las condiciones de posibilidad para ejercer esos derechos.⁸⁶

La construcción holística de la mencionada labor, demanda un alto grado de responsabilidad a los científicos sociales, misma que posteriormente se le delega a los diseñadores de políticas públicas, a razón de reconocer que si la constitución de la vida sexual y reproductiva es de naturaleza social, luego entonces afecta tanto al modo en que hacen frente los individuos a sus escenarios de convivencia como en las relaciones e interacciones sociales que entablan con otras personas. Por ser pieza vital para el desarrollo digno de las personas, es materia de derechos humanos; bajo este contexto, el análisis queda fuera de toda interpretación macrosociológica. Al respecto la autora comenta:

El enfoque de salud reproductiva no pone el acento en las consecuencias colectivas de la dinámica demográfica, sino en las consecuencias personales, familiares y comunitarias de la ausencia de libertad sexual y reproductiva y de la ausencia de condiciones para ejercer esas libertades. Enfatiza en la soberanía sobre el propio cuerpo y sus capacidades eróticas y reproductivas como un derecho humano básico.⁸⁷

Y puntualiza:

⁸⁶ Szasz, Ivonne, “El cambio demográfico y sus implicaciones: Salud reproductiva”, en Zuñiga Herrera (coord.), *Reflexiones sobre la transición demográfica y sus implicaciones sociales. 30 años de política de población*, México, Conapo, pp. 51

⁸⁷ *Ibíd* p. 52

Sin embargo, la salud reproductiva también constituye un enfoque de salud pública, de bienestar colectivo, al buscar que se pongan al alcance de todas las personas los medios para ejercer sus derechos, independientemente de su condición económica, de las relaciones de género imperantes, de su situación generacional o de su pertenencia étnica. ⁸⁸

En definitiva, el uso de este enfoque amerita un reconocimiento; además de vislumbrar lo delicado del problema -a sabiendas de que lo que está en juego no debe ser considerado un dato estadístico más- posee la valiosa competencia de poder identificar, valorar y enmendar, la doble discriminación –o discriminación potencial- a la que las y los adolescentes se ven expuestos al hacer uso de sus libertades sexuales, reproductivas.

⁸⁸ *Ibíd* p. 53

4. Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes.

Anteriormente, he dado cuenta de algunos aspectos del debate sobre la interrupción del embarazo, junto con las razones sociodemográficas que han permitido su despenalización en la Ciudad de México. Ahondé en los diversos espacios de discusión internacional que avalan desde hace ya dos décadas la urgencia de instaurar medidas políticas necesarias para garantizar una vida digna para hombres y mujeres; para ello, expuse lo que se debe entender por un estado saludable de la persona, seguido de una definición de la salud reproductiva, que se desprende como un ámbito de suma trascendencia para los individuos en el goce pleno de sus derechos y libertades como ciudadanos, en aras de una sociedad justa, equitativa e igualitaria. En este ejercicio reflexivo, decidí enfocarme en el grupo poblacional constituido por personas de 10 a 19 años de edad. Como se mencionó anteriormente, la adolescencia se establece como una etapa de la vida, que debido a las transiciones demográficas, los cambios socioculturales, la demandante vida cotidiana y la constante profesionalización de la vida productiva, se le ha puesto mayor atención a los factores que la determinan. Entreví que este grupo poblacional conserva una preocupante característica en torno a la salud reproductiva, en relación a su reducido campo de acción que va de la mano del nulo reconocimiento social y desprestigio del que son receptores; situación que los ha dejado a la deriva de la voluntad de otras personas. A pesar del compuesto cuerpo de derechos humanos que pareciera salvaguardar a dicho grupo, los mecanismos de protección no operan, no son útiles o simplemente no existen. En estas circunstancias dos aspectos llaman mi atención:

a) Siendo la etapa de vida anterior a la juventud, la adolescencia se caracteriza por ser un periodo de cambios biológicos que, junto al

desarrollo psicológico y madurez sexual, definen la transición social del sujeto. Sin embargo, es su carácter formativo el que juega parte de un papel trascendental para la estructuración de la personalidad y autonomía individual de la persona. Sin contemplar la ley de variabilidad individual del desarrollo, el punto central reside en que es bien sabido que en esta etapa, el proceso de construcción de una identidad específica está en relación a la transición social acontecida.

b) Regresando a mi interés inicial y siguiendo la idea anterior, no hay situación donde tome mayor validez la interrupción del embarazo que en la adolescencia, debido a una sencilla razón: la sobredimensión de las consecuencias no deseadas de una acción.

Ser madre/padre en esta etapa de la vida, puede no ser una decisión sencilla. El temor, el desconocimiento, las fantasías e inseguridades que rodean a hombres y mujeres adolescentes, influirán seguramente en su decisión. No se sabe bajo qué modalidades ni en qué medida lo harán, o si éstas serán claramente diferenciables; lo que sí se sabe, es que a menudo, se sigue aseverando que un embarazo prematuro se deriva de una mala decisión del/la adolescente. Esta idea lleva consigo un lenguaje secundario e implícito, que asemeja lo incorrecto con el comienzo temprano de una vida sexual activa. Aquellos que logran vislumbrar este panorama, optan por hacer todo lo posible para evitarlo, incluso llegan al aborto. Sin embargo, una vida sexualmente activa no tiene por qué ser reproductiva a la vez; las relaciones sexuales no son imperativamente relaciones reproductivas. Niños y niñas adolescentes se embarazan porque no se les dota de los medios para poder separar el disfrute sexual de la concepción. La pregunta es ¿y por qué no se les dota? Porque a vista de una sesgada perspectiva moralista de la sociedad, aún no tienen la edad para ejercer algún tipo de actividad relacionada con su sexualidad. *Voilà*, tenemos como resultado un ciclo perpetuo,

que hasta la fecha sigue arrojando embarazos no esperados, condiciones desfavorables para una vida sexual entre menores, desinformación, coacciones, violencia, abortos, muertes. Tácitamente, se les ha negado a los menores una vida sexual libre y placentera, se les ha negado ser felices, y por el contrario se les ha preparado para la sanción, para aceptar la condena sin importar que ésta altere radicalmente su vida. Los datos que a continuación se presentan nos demuestran el estado actual de la vida sexual/reproductiva de las y los adolescentes.

Vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Estado actual

El comportamiento sexual y reproductivo de los y las adolescentes es un excelente indicador del nivel de calidad de vida de una sociedad determinada. En él, convergen una serie de elementos que describen en forma detallada la posición del Estado frente a este grupo poblacional en materia de salud y derechos humanos. Es de mi interés estudiar sus características, debido que facilita a la interpretación del fenómeno.

Aunque si bien, en un sentido categórico la adolescencia comienza a partir de los 12 años, la edad fértil de las y los adolescentes en la actualidad es muy variable, pudiendo presentarse un par de años después pero también años antes. Esta etapa llamada *exposición al riesgo de embarazo*, comúnmente atribuida a las mujeres, se erige como la primera condición reproductiva de las personas. Es entonces cuando la fecundidad, -facultad de la personas de procrear- la anticoncepción y la natalidad confluyen para constituir las demarcaciones sociales de la vida reproductiva de las/los jóvenes.

Cuadro 5: Tasa de fecundidad trienal en mujeres de 15-19 años México 1989-2008 por cada mil nacidos.

1989-1991	1994-1996	2003-2005	2006-2008
81.4	78.0	64.8	69.5

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009 en *Principales indicadores de salud reproductiva* pág.2 Última revisión octubre, 2013 en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/216/1/images/1TransicionesdeVidaBIS.pdf>

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada por el INEGI en el año 2009 mostró que de cada mil adolescentes, 69.5 han parido una niña o un niño. Un dato relevante, es el hecho de que para el último trienio de la encuesta, se registró un crecimiento de casi cinco unidades, que representa cerca de la mitad de los puntos totales que el país disminuyó en veinte años; información contraria a las aspiraciones esperadas por las políticas de salud. Para poder contrastar las cifras anteriores, vale la pena mencionar que la tasa de fecundidad adolescente del mundo promedia con 52 embarazos por cada mil adolescentes, variando según la región; por ejemplo, en los países desarrollados –o de primer mundo-, la media es de 21 alumbramientos; frente a 57 de los países subdesarrollados. La tasa de fecundidad adolescente de América Latina se sitúa sólo detrás de las cifras del continente africano, además las distintas subregiones que los componen fueron las únicas que presentaron un aumento entre 1970-2003 y en aspectos generales se mantienen igual que hace cuarenta años.

**Cuadro6: Tasa de Fecundidad Adolescente: Grandes Regiones y subregiones del mundo
1970, 2003 y 2005-2010
(Por mil)**

País y Región*	1970	2003	2005-2010
	Tasa 15-19	Tasa 15-19	Tasa 15-19
MUNDO	71	55	52
Países más desarrollados	41	24	21
Países menos desarrollados	70	47	57
Países de menor desarrollo	150	130	103
ÁFRICA	132	116	103
África del Oeste	126	120	123
África Intermedia	177	189	167
África del Norte	74	37	32
África del Sur	114	70	61
África del Este	172	147	111
ASIA	66	41	40
Asia del Este	35	2	9
Asia Central-Sur	90	69	63
Asia del Sudeste	86	40	33
Asia Oeste	89	45	48
EUROPA	36	20	17
Europa del Este	36	28	24
Europa del Norte	42	21	19
Europa del Sur	29	12	11
Europa del Oeste	41	9	7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	79	80	72
El Caribe (Incluye países francófonos y anglófonos)	104	69	65
Centroamérica (Incluye México)	123	79	74
México	121	64.8	69.5
América del Sur	72	81	72
AMÉRICA DEL NORTE	66	41	34
Canadá	42	14	14
Estados Unidos	68	43	41
OCEANÍA	45	33	28

Fuente:

Organización Iberoamericana de Juventud
Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009
United Nations, *World Fertility Patterns 2007*, versión web, vista 11 de enero, 2013 en:
www.un.org/esa/population/publications/worldfertilityreport2007/worldfertilityreport2007.htm
United Nations, *World Fertility Patterns 2009*, versión web, vista 11 de enero, 2013 en:
www.un.org/desa/population/publications/doc/fertility/fertility-patterns.xls

*El nivel de desarrollo de las regiones se estableció según la última actualización del 2011 del Informe sobre Desarrollo Humano.

Acudo a este tipo de información, en un intento por demostrar que el fenómeno social que representa los embarazos precoces no es privativo de sectores específicos, ya que si bien, existe una diferencia tangible entre unas y otras regiones, la naturaleza del fenómeno no es directamente proporcional a los niveles de desarrollo de la región. La prueba fidedigna a esta última aseveración, además del accidentado caso de América Latina, es que hoy en día, los Estados Unidos reportan una tasa de 41 alumbramientos de madres adolescentes por cada mil mujeres de esa misma edad, mayor a la de la África septentrional con 32, y casi cinco veces más que la del este del continente asiático.

Como es posible observar, existe una clara disminución del fenómeno a partir de la década de los setenta, periodo en el cual las políticas de población y el uso de anticonceptivos eficientes se expanden por los cinco continentes. México sirve como caso representativo al presentar una reducción de casi 50% del indicador. No obstante, en la actualidad aún está por encima del promedio mundial e igual que los países del sur de continente, no es posible afirmar que la tendencia a este tipo de nacimientos sea a la baja⁸⁹.

Antes de continuar, creo importante puntualizar que la fecundidad representa en sí, el evento del embarazo. Aunque si bien es el polo opuesto a la anticoncepción, ambos forman parte del tradicional binomio con el cual se ha pretendido comprender la práctica reproductiva de las personas. Ahora bien, si el comportamiento sexual y reproductivo se ha empezado a considerar un indicador inequívoco de desarrollo social, debido a que su naturaleza precisa el esfuerzo realizado en torno a la salud, educación y calidad de vida de las personas, en específico las mujeres, valdría la pena enfocarnos en la anticoncepción como un elemento que a diferencia de la fecundidad, su meta principal radica en

⁸⁹ El último informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, organismo encargado de fomentar y vigilar las medidas necesarias para el cumplimiento de las Metas del Milenio, demostró que México mantiene una tasa de fecundidad adolescente de 70.6 por cada mil. Si bien no dista considerablemente de los datos anteriores, afirmar que la tendencia de dicho indicador sea a la baja es una conclusión apresurada.

impedir el embarazo. La anticoncepción, en tanto acto preventivo, resulta uno de los factores más distintivos y posiblemente el más trascendental de la planificación reproductiva de las personas, de su salud sexual. La práctica contraceptiva ha contribuido a equilibrar la balanza de la desigualdad social que por muchos reinó en las relaciones de género, por tal razón, su ejercicio, más que un tema referente a la salud, es un elemento sustancial para el desarrollo libre e igualitario de toda sociedad.

En nuestros días, la anticoncepción forma parte indisoluble de la vida reproductiva de las mujeres y la dinámica demográfica de las sociedades. La reducción de la tasa global de fecundidad, la ampliación de la duración de los intervalos intergenésicos, la disociación del goce sexual de la reproducción y la posibilidad de desistir de la maternidad/paternidad de aquellos que así lo decidan, son ejemplos fehacientes de su práctica, efectividad y trascendencia. Bajo esta misma línea interpretativa, es oportuno nombrar las condiciones que determinan la práctica anticonceptiva a fin de establecer relaciones de concordancia que legitimen mi análisis.

Corroborado por la ENADID 2009, se sabe desde la década de los años setenta, que uno de los factores más determinantes para la práctica anticonceptiva, por arriba de la edad de la persona, origen étnico, lugar de residencia, condición de actividad, situación conyugal o paridez, es el nivel de educación escolar de las mujeres. Esta variable que impacta significativamente en el comportamiento de la anticoncepción y los métodos utilizados reveló que las mujeres que se mantuvieron sin escolaridad entre 1997 y 2009 estuvieron 17 puntos porcentuales por debajo en torno al conocimiento de al menos un método anticonceptivo de aquellas que habían cursado como mínimo el nivel de secundaria, equivalentes a un 99.4%.

Cuadro 7 México: Porcentaje de mujeres en edad fértil que conocen al menos un método anticonceptivo por nivel de escolaridad 1976,1997 y 2009

Año	Sin Escolaridad	Primera Incompleta	Primaria Completa	Secundaria y más
1976	73.7	88.9	95.6	99.1
1997	82.4	93.8	95.8	99.4
2009	82.6	93.8	96.3	99.4

Fuente: EMF 1976⁹⁰, ENADID 1997 y 2009.

Uno de los aspectos a tomar en cuenta, es el hecho de que seis años en educación primaria bastan para modificar notablemente la tendencia del indicador. Esto no remite a que en los primeros años se reciba una vasta educación sexual, sino a enseñanzas como la lectura, capacidad que permitirá acceder a un interminable flujo de información.

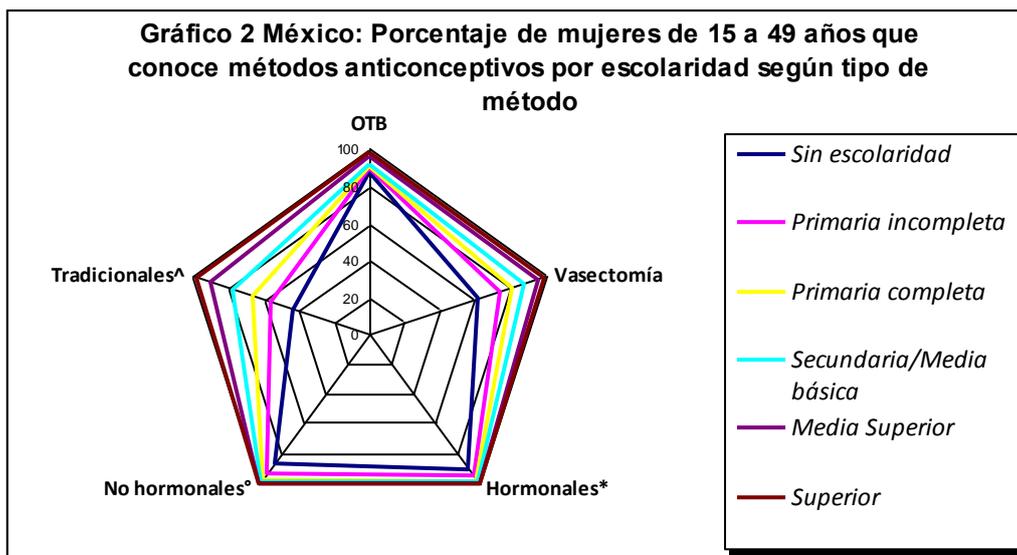
De acuerdo a estas circunstancias, la apertura de nuevas posibilidades, establecerá una distinta perspectiva en la práctica anticonceptiva que se hará presente más allá de la idea remota de la existencia de algún método específico; facilitará la actualización y dominio de los mismos con la única intención de que la persona pueda elegir la mejor opción según sus circunstancias e intereses. La actual tendencia de distribución del uso de métodos anticonceptivos se ha demostrado que cuanto más educación, las personas optan principalmente por métodos anticonceptivos hormonales o no hormonales modernos, mientras que se deja atrás el uso de métodos anticonceptivos tradicionales⁹¹.

⁹⁰ La Encuesta Mexicana de Fecundidad es utilizada sólo como punto de partida del indicador.

⁹¹*Métodos Hormonales: Anticonceptivos inyectables, orales, implantes subdérmicos, parche anticonceptivo, dispositivo intrauterino con hormonas, anillo (nuvaring), píldora de emergencia.

° Métodos No hormonales: DIU de cobre, diafragma, condón masculino, espermicidas, condón femenino, esponjan anticonceptiva vaginal y capuchón cervicouterino.

^ Tradicionales: Coito interrumpido, ritmo (método de calendario), método de la temperatura corporal basal, método sintotérmico, método de Bilings, método de la amenorrea de la lactancia.

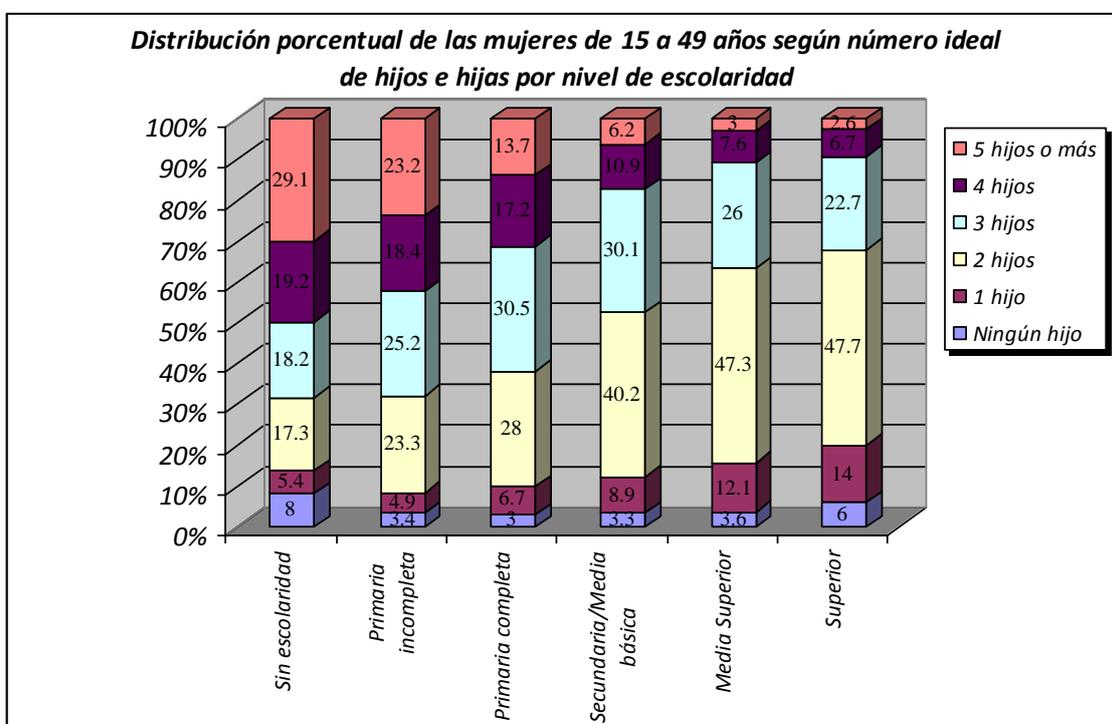


Fuente: INEGI. ENADID 2009. Metodología y tabulados básicos, versión web, Última revisión enero, 2013 en: www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid_09.pdf

Es imperativo fijar la trascendencia que tiene esta correlación en la conformación de preferencias sobre las variantes anticonceptivas y sus diversas técnicas disponibles, debido a que no sólo expone la desigualdad social que puede derivarse de una escasa o nula formación escolar, pues al contrario de lo que muchos piensan, el tema va más allá del ámbito informativo, es atribuible al acceso a servicios de salud y al poder adquisitivo y/o a los recursos humanos que dispongan las personas y en esta medida, viabiliza a través del limitado conocimiento sobre la práctica anticonceptiva, el uso erróneo de los métodos utilizados debido a que paradójicamente, las técnicas mal llamadas tradicionales, requieren un alto grado de precisión en su ejecución para lograr la eficacia requerida; al mismo tiempo en que se suscita una falta flagrante a los derechos humanos ante la privación a las personas de gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones⁹², declaración del decimoquinto artículo en su párrafo primero, inciso B del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.

⁹² ONU (Organización de las Naciones Unidas) *Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales y Culturales*, Última revisión junio, 2013 en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

En el entendido de que la anticoncepción puede y debe ser un proceso de antelación a la vida reproductiva y en éste, la escolaridad funge como componente vital de su uso o desuso, este análisis sugiere entonces que los nuevos horizontes derivados del creciente nivel de escolaridad redefinirán no sólo los factores de la vida sexual y reproductiva, sino el comportamiento de los mismos. Basta con señalar, que actualmente de las mujeres en edad fértil que no poseen ni un grado de instrucción escolar, sólo el 12% expresa no haber tenido experiencia sexual alguna, dato que contrasta frente al 28% de aquellas que han cursado la secundaria o la educación media básica⁹³.



Fuente: Fuente: INEGI. ENADID 2009. Metodología y tabulados básicos, versión web, Última revisión vista enero, 2013 en: www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid_09.pdf

Otro componente de las preferencias reproductivas en las mujeres, asociado de igual manera al nivel de escolaridad es aquél relativo al

⁹³ Mendoza Victorino, Doroteo, María Felipa Hernández López, Jorge Armando Valencia Rodríguez, *Perfil de la salud Reproductiva de la República Mexicana*, CONAPO, México, 2011, p. 44. Versión electrónica [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Perfil de la salud reproductiva de la Republica Mexicana](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Perfil_de_la_salud_reproductiva_de_la_Republica_Mexicana) Última revisión, agosto 2013.

número ideal de hijos e hijas deseado. Continuando con el procedimiento del ejercicio anterior, tomando como ejemplo las categorías de los extremos es posible percibir entre sí una notable diferencia en la distribución porcentual de la cuantificación reproductiva. Sin embargo el aspecto más relevante se encuentra en que la cantidad deseada de hijos e hijas mantiene un ritmo acelerado en su descenso que prueba la relación que establece la instrucción escolar sobre ella.

Los datos anteriores revelan, que el factor *escolaridad* incide determinadamente en la evolución de la condición reproductiva de las mujeres, no sólo por demostrar, que a mayor grado de instrucción escolar el inicio de la vida sexual se retrasa, sino también por influir en la caída de los niveles de la fecundidad. Esto remite al *cuándo* de la vida sexual activa y al *cuánto* de la reproductiva. Por tal razón, los aspectos restantes no son más que la decisión del tiempo entre intervalos protogenésicos/intergenésicos es decir, del *cómo* hacer frente a la exposición al riesgo del embarazo, ambos temas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos. Ahora bien, si la escolaridad es la piedra angular del comportamiento reproductivo y la anticoncepción una conducta que además de estar vinculada con ésta última, predispone una acción racional de los individuos con un fin determinado –planificar su vida fértil- que deriva en un nuevo panorama de desarrollo personal, luego entonces, bastante tenemos como para aseverar que la práctica anticonceptiva es vital para la salud personal y social de las personas, en este caso, la de las mujeres.

De acuerdo a los resultados, el análisis anterior ayuda a vislumbrar la trascendencia que llega a tener la dinámica sexual y reproductiva sobre las futuras implicaciones en el proceso de desarrollo en los individuos, sobre todo el de las adolescentes. Entendiendo que las condiciones sociales son diversas para cada grupo poblacional, vale la pena revisar entonces la información fijando la atención a grupos de edades específicas, sólo así se podrá comprender en mejor medida la especialización del uso de métodos anticonceptivos. Por lo mismo, no

debe sorprender que las mujeres de 15 a 19 años acudan a métodos temporales de corto y mediano plazo, caso contrario en mujeres mayores de 35 años, que por su condición se inclinarán mayoritariamente por la anticoncepción definitiva.

Debido a la estrecha relación existente entre el nivel de educación formal sobre la estandarización de la conducta y los cambios reproductivos, había decidido seguir conservando esta variable para dar razón a la salud sexual entre adolescentes. De hecho la información provista es interesante. Al acudir a la tasa de fecundidad por nivel de escolaridad, es posible percibir que en las mujeres de 15 a 19 años, como era de suponerse, se mantiene una relación causal entre el nivel de escolaridad con el patrón reproductivo; que la fecundidad adolescente a pesar de haber registrado una disminución en las últimas dos décadas – 14.7 puntos porcentuales, quedando al presente en 69.5 nacimientos por cada mil⁹⁴-, ha sido significativamente menor a la de los otros quinquenios de edades; también podría mencionar que del total de adolescentes usuarios de métodos anticonceptivos, el 62% se inclina por métodos no hormonales, en segundo lugar, con 28.9% el uso de métodos hormonales.⁹⁵

Partiendo de esta información asociada al comportamiento reproductivo, podría analizar las variaciones de la fecundidad, el estado actual de unión de las mujeres según su condición de embarazo, su actividad económica y sus correlaciones resultantes frente a preferencias reproductivas manifestadas en el número ideal de hijos o el espaciamiento temporal entre ellos, como previamente se había mencionado; profundizar aún en las características de las usuarias de métodos anticonceptivos, conocer su razón de uso, el método utilizado, el lugar de obtención si es necesario, interpretar cifras y datos obtenidos, polemizar y finalmente concluir con declaraciones

⁹⁴ Doroteo Mendoza et al., op cit. pág. 47.

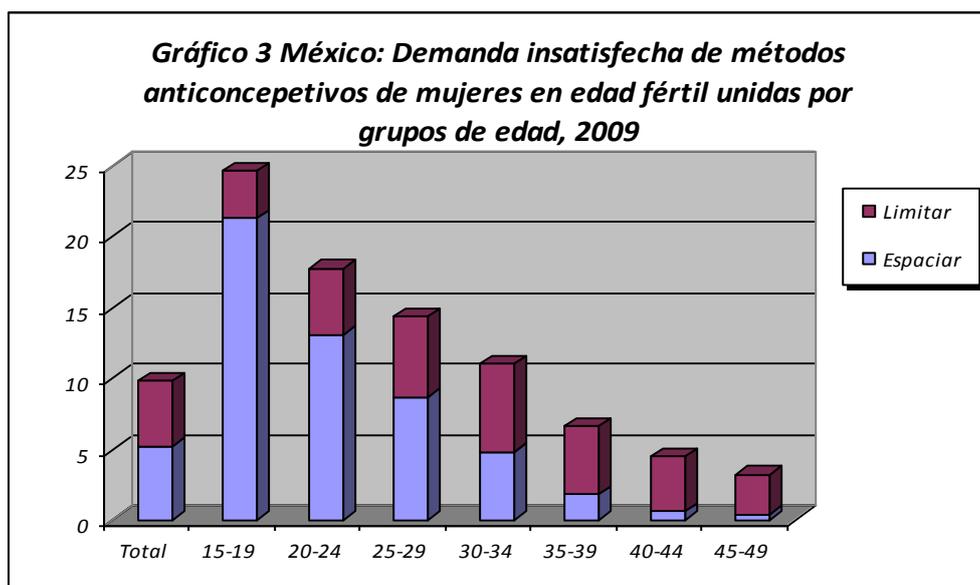
⁹⁵ Para un análisis demográfico más detallado de la vida reproductiva de adolescentes en México: Welti Chanes, Carlos. *Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México*, Papeles de Población, Vol. 6, Núm. 26, (Oct-Dic), Universidad Autónoma del Estado de México, México, 2000, pp. 43-87

políticamente correctas. Sin embargo, relegaría el enfoque de salud reproductiva de la Dra. Szasz que fija el alcance social de nuevas metodologías y objetos de estudio que permiten en el caso nuestro, volcar la salud sexual y reproductiva de un problema en materia de salud pública a uno de derechos humanos. Con un segundo plano narrativo y sin querer desmeritar el útil punto referencial dotado por los indicadores, -padecimientos de sociedades modernas lejos de representar un estado de bonanza social- la propia naturaleza de los datos imposibilita la oportunidad de descubrir por completo la compleja diversidad de factores decisivos que determinan actualmente la vida fértil de los y las adolescentes. Pese a ello, se sabe de antemano que es información confiable, con rigurosos procedimientos y vital para la comprensión de fenómenos demográficos. Lo que no puedo pasar por alto es que aún se excluye al aborto como una realidad evidente, presente y en aparente aumento. Se recurre aún al tradicional binomio fecundidad/anticoncepción y con él se pretende bajos aspectos normativos, soslayar el declive de la conducta sexista que no ha hecho sino terminar por lesionar aún más la condición femenina.

El aborto es una realidad “paralela” al uso o desuso de métodos anticonceptivos, al embarazo no deseado, es la fecundidad no concluida, un medio de control natal. En México, como en cientos de países del mundo, el aborto es aún un dato negado; debido a que frecuentemente viene acompañado de legislaciones restrictivas, el conocimiento del estado real es sólo una estimación con discursos oficialistas. El lector podría preguntarse el origen de este segundo nivel discursivo, que podría despojar de todo buen sentido el paulatino descenso de las tasas globales de fecundidad adolescente. Bueno, qué se podría esperar al saber que la edad media de la primera relación sexual se sitúa en los 19.6 años, la primera unión a los 21.8 años, 22.3 años al primer hijo nacido vivo y en algún remoto lugar de la realidad mexicana, el uso del primer anticonceptivo a los 28.8 años⁹⁶. El problema real al que nos

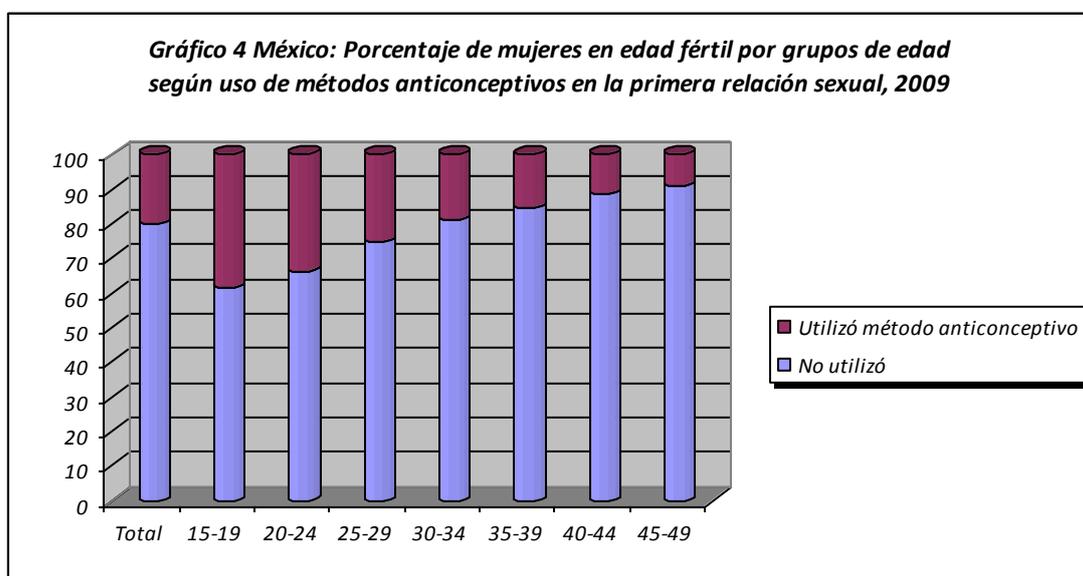
⁹⁶ ENADID 2009.

enfrentamos como sociedad, es que a pesar de que los 19.6 años no está dentro del margen contemplado por la OMS para considerar a una persona como adolescente, al ser la media específica de una población, conlleva necesariamente a personas por debajo y por encima de dicha edad. Es decir, como hay mujeres que comienzan su vida sexual después de los 19 años, también hay quienes la inician antes y por lo tanto, la exposición al riesgo del embarazo está latente bastantes años atrás. Para explicar en mejor medida el alcance de las posibles repercusiones, me gustaría interiorizarlo con el hecho de que la primera relación sexual difícilmente se planifica, sus características se ubican en una línea muy delgada determinada por la existencia de diversos factores que propicien o faciliten el acto; por tanto, es un evento habitualmente espontáneo, poco preciso y predecible, contrario a lo que pueda representar la decisión de engendrar un nuevo ser por primera vez. Al menos por lo que respecta al inicio de la vida sexualmente activa y a la primera unión, el aborto se convierte en una posibilidad potencial al haber una diferencia tan considerable con el uso del primer método anticonceptivo. Esta hipótesis concuerda con la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil unidas. Al analizar la distribución porcentual por grupos de edad se identifica los índices más altos en los dos primeros quinquenios de edad.



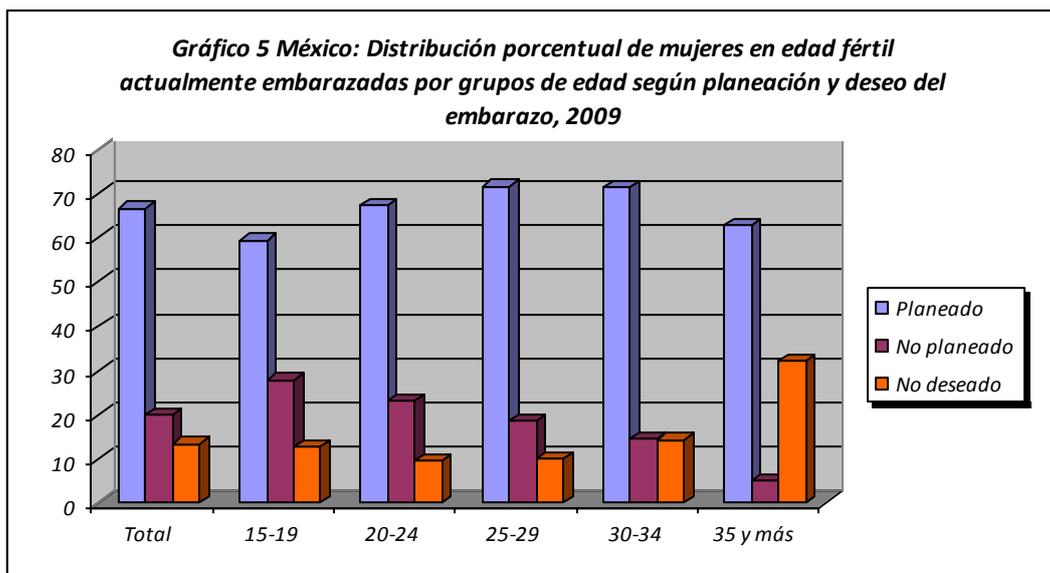
Fuente: Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base a la ENADID 2009.

Si el nivel de cobertura es bajo en estos periodos de edad, es totalmente comprensible que el primer hijo devenga de un embarazo no planeado, además de correr el riesgo de que los intervalos intergenésicos sean reducidos. Aunque pareciera conveniente saber el número de hijos e hijas que tienen las mujeres antes de acudir al uso de su primer método anticonceptivo, o relacionar la demanda insatisfecha según paridez y/o condición de unión, resultan inútiles al dar cuenta que de las mujeres de 15 a 49 años, en promedio ochenta no utilizó alguna técnica anticonceptiva. Obviamente las cifras varían según el rango de edad, no obstante, aún en el mejor de los casos, ubicado en las mujeres de 15 a 19 años, la cifra se reporta con 61.5 puntos porcentuales.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base a la ENADID 2009.

Con estimaciones del CONAPO, se puede vincular la gráfica anterior con la proporción de las mujeres en edad fértil (MEF) actualmente embarazadas según planeación y deseo del embarazo, que constituye una de las pocas oportunidades para conocer algo del fenómeno del aborto.



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base a la ENADID 2007 y 2009.

Sin duda alguna, el dato más relevante se encuentra en que cerca de una tercera parte de las gestantes, su embarazo o no es planeado, o no es deseado. Combinación que se eleva a más de cuarenta puntos en el caso de las adolescentes. Resulta por tanto, un esfuerzo a valorar hacer del conocimiento público, la legitimidad social de la interrupción del embarazo, debido a que a partir de la información anterior es factible concluir que las mujeres, específicamente las adolescentes pasan largos periodos -tomando como punto de referencia la edad media a la que las mujeres en edad fértil experimentan los eventos antes mencionados- expuestas ante la ausencia del uso en método anticonceptivos a embarazos no esperados y probablemente no deseados. Ante tales circunstancias, las y los adolescentes deben ser considerados como población objetivo por políticas públicas de salud y educación con el debido enfoque de salud sexual y reproductiva para disminuir la exposición al riesgo de embarazos no planeados⁹⁷. A pesar de la mínima

⁹⁷ Hasta la fecha existe poca oferta de programas y/o políticas públicas en materia. En su mayor parte hay programas asistencialistas que se les atribuye erróneamente un enfoque de género, por ejemplo el Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres jóvenes y Jóvenes Embarazadas (PROMAJOVEN) que es de los pocos referentes a las/los adolescentes junto con los Programas para la Protección y Desarrollo Integral de la Infancia en materia de salud y derechos humanos. Si bien en los últimos años ha habido una serie de programas federales enfocados en la calidad de la salud, como el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes o el Programa Nacional de la Juventud creado en 2008, no ha habido un esfuerzo constante enfocado en el mejoramiento de la condición de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Así lo indicó el foro “El impacto de la crisis económica

trascendencia que podría tener el ofrecer información o asistencia sexual y reproductiva a una joven mujer que asiste a una clínica de salud después de haber tenido más hijos de los deseados y haber reportado insatisfacción en la demanda de anticonceptivos, particularmente no centro mi atención en estas situaciones. Lo que sí me interesa es aquel estado de inseguridad, riesgo y desconocimiento de parte de las y los adolescentes, -sin olvidar que son personas cercanas a la edad adulta- al ser biológicamente fértiles y estar socialmente expuestos a las arbitrariedades y el demérito al que son receptores por pertenecer a un sector de la sociedad poco reconocido debido a su corta existencia. Un grupo al que se le ha minimizado por su condición de “menor” ante la ley; criticados por tener amplios márgenes de acción con bajos niveles de responsabilidad, se les ha estigmatizado por el proceso de búsqueda de identidad social y desarrollo personal que entablan con dificultades, dentro de un bien establecido sistema económico que les ha impedido incorporarse a la vida productiva de forma digna en el cual sean apreciadas sus capacidades. Por el contrario se les ha preferido no entender y dejarlos a la deriva.

Hasta que no se logre resarcir la vulnerabilidad que ha propiciado su abandono, trascendido a las políticas públicas de salud, el aborto pasará a hacer una práctica recurrida, una viable y cruda posibilidad recóndita a la accidentada conducta anticonceptiva de las mujeres adolescentes. En el siguiente y último apartado relataré algunas de las complicaciones que hoy en día las personas menores de 19 años en edad fértil deben sobrellevar en lo que se suponía debía ser un marco regulador de su salud e integridad psicosexual.

en los niños, niñas y adolescentes” en el año 2009, llevado a cabo por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que reunió a las autoridades correspondientes en políticas públicas y protección social del país, para proteger a este grupo poblacional y poder aminorar la desigualdades sociales a través de políticas en salud y educación. Últimamente, en una evaluación del Fondo de Población de las Naciones Unidas con la colaboración del Instituto Mexicano de la Juventud “Políticas y programas para el desarrollo de la juventud” se evidenció que los gobiernos mexicanos aún tienen un largo camino por recorrer en el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas hacia esta población, sobre todo en aquellas referentes a la sexualidad.

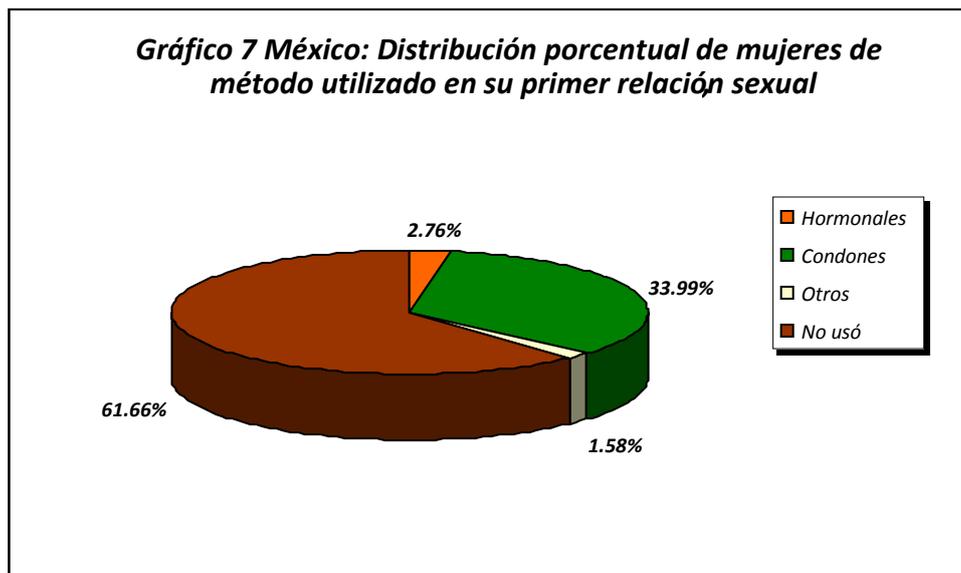
La cotidianeidad de la naturaleza del aborto⁹⁸

Antes de continuar, debo de reconocer, que en mi búsqueda pretenciosa y siempre referenciada de mi trabajo escrito, pretendí encontrar las razones en fuentes bibliográficas -algún libro, enciclopedia, artículo, revista o noticia- que diera explicación o cualquier tipo de esclarecimiento de las vicisitudes que enfrentan mujeres y varones ante la decisión de ser sexualmente activos; no las encontré. Dónde sí lo conseguí, no fue ni tan siquiera un lugar ni recinto específico. Sencillamente fue una situación a la que me sometí, un pequeño ejercicio vivencial de simulación que me permitió acercarme a la realidad de la cotidianeidad social de las y los adolescentes.

Antes bien, si partimos del *enfoque de salud reproductiva*, en donde toda persona debe de tener acceso a los medios necesarios que le permitan ejercer su vida sexual y reproductiva en condiciones favorables, con conocimiento de causa, sin ningún tipo de presión o coerción externa, bajo un garantizado acceso a -modernos y confiables- servicios de salud; es factible afirmar que la actividad sexual de los adolescentes no se desarrolla como normativamente debería. Según datos del CONAPO, de las mujeres entre 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, sólo alrededor del 40% usó algún método anticonceptivo, de las cuales el 89.1% recurrió al condón: un método tradicional y masculino.

⁹⁸ Para el siguiente apartado me basé por un lado en los datos estadísticos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 y por el otro, en conversaciones entabladas con adolescentes allegados, personas de confianza, compañeros de licenciatura de modo que me permitiera establecer un primer panorama sobre la sexualidad y la reproducción actualmente. No utilicé herramienta escrita alguna porque impedía la socialización del diálogo y las circunstancias por lo regular no eran propias para una entrevista. El objetivo era simular pensar como un joven adolescente.

*Nota: Las palabras y frases entrecomilladas fueron utilizadas por las y los adolescentes del trabajo de campo que posteriormente se presentará. Las incluyo por considerarlas parte de la idiosincrasia del adolescente.

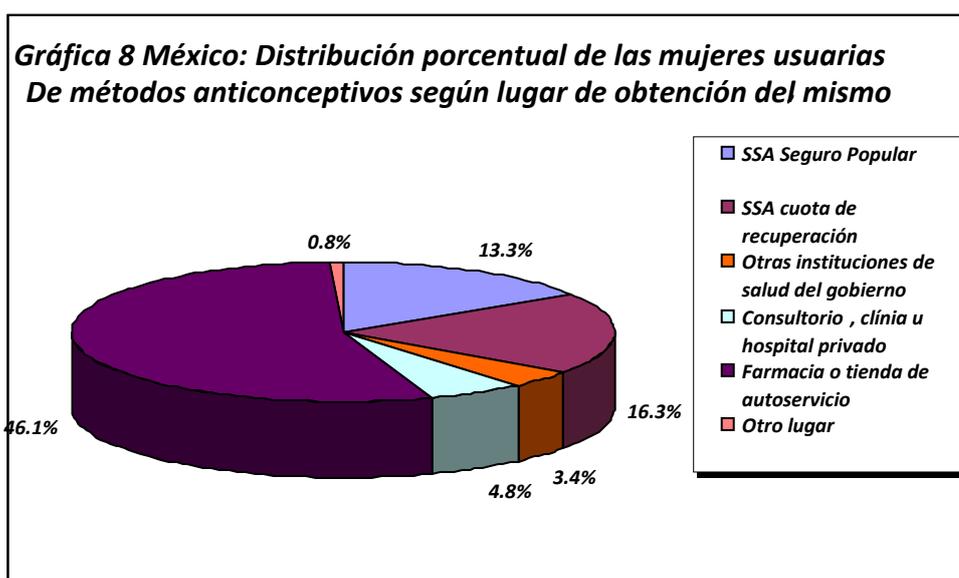


Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base a la ENADID 2009.

Del total anterior, se desprende que el 46.1% de las adolescentes obtuvo el método anticonceptivo en una farmacia o tienda de autoservicio. El resto, se disgrega en instituciones de salud pública que no representan una contraparte significativa al alcance del primer caso. Como conclusión tenemos que si de por sí, el número de usuarias adolescentes de métodos anticonceptivos es bajo, la mayoría acude a uno de los lugares menos propicios para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas debido al alto costo. Con mayor razón en el caso de las y los adolescentes que tienen una baja capacidad económica y dependen aún en su mayor parte de sus familiares.

Mi plan de acción fue simple: opte por idealizarme como un joven adolescente con el deseo de ejercer mi vida sexual, conservando un eje guía determinado por los patrones reproductivos de los resultados estadísticos examinados. Mi primer objetivo fue la búsqueda de fuentes de información sobre educación sexual que relataran los modos propicios para empezar una vida sexual. El tema de la anticoncepción aparece inmediatamente, tanto en los libros de texto de educación básica, medios escritos (libros, revistas) e Internet, la cantidad de información fue basta y confiable. Acto seguido, recorrí las farmacias y

tiendas de autoservicios más recurridas/populares para fijar los diferentes costos del preservativo masculino; encontré que el precio aproximado del tradicional paquete con tres preservativos era de cincuenta a setenta pesos dependiendo de las características del producto. En el caso particular del condón femenino, cabe mencionar que no es una opción viable debido a la poca existencia y su alto costo que oscila alrededor de los cincuenta pesos cada uno.



Fuente: INEGI. ENADID 2009. Metodología y tabulados básicos

Llama la atención un delicado inconveniente que pude contemplar sólo detrás de mi ejercicio reflexivo, posterior a las conversaciones entabladas con adolescentes de nivel secundaria; poco mencionada, pero siempre presente ausencia de lugares favorables para tener relaciones sexuales a esa edad, aunado al alto costo de los preservativos, es previsible el desuso de métodos anticonceptivos “ya que si tenía suerte, bastante era ya el conseguir un lugar” para llevar a cabo el acto y “que mi chava quisiera”, total, se sabe que aún existe la posibilidad, “en caso de que fuera necesario” de la pastilla de emergencia. Sin embargo, a través de un estudio realizado en diferentes estados de la República entre el año 2007 y 2010⁹⁹, se reportaron una

⁹⁹ Experiencia de Fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis desde la Sociedad Civil 2007-2010. Consulta electrónica.

serie de factores que han mermado notablemente la cantidad de usuarias de la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE). La gran constante es el grave problema de desabasto en las unidades médicas de la PAE (Pastilla de Anticoncepción de Emergencia) En el caso del Distrito Federal las principales razones que restringen el acceso a de dicho anticonceptivo son:

*El pago de la consulta

*Ser obligatoriamente colona de la zona donde se ubica el centro de salud.

*Los horarios inaccesibles para la obtención de una ficha de atención (Llegar a las 5:00 a.m. por una de las quince fichas totales proporcionadas)

*El anticonceptivo no se le brinda a los varones si no es en compañía de su pareja.

El panorama descrito empeora al contemplar aspectos analizados: personal de salud no capacitado, ni sensibilizado con respecto al tema. Se brinda, información errónea e imprecisa, como por ejemplo falsas reacciones adversas de la PAE, además se detecta actitudes de desaprobación a la solicitud de la PAE y prejuicios ante las personas solicitantes, aspectos que devienen en un flujo de malinformación e incertidumbres para las usuarias sobre sus especificaciones de uso. Su costo en farmacia es elevado, (aproximadamente 150.00 pesos) por lo cual las/los adolescentes ante tales condiciones, muchas veces deciden “jugársela a que nada pase”.

Ante la eventualidad del embarazo, es primordial que todo lo referente a él deambule entre el anonimato y el secreto. El consejo, la orientación, la ayuda pública no existen. Los y las adolescentes abordan entonces, la decisión de confesar o interrumpir y para ambas decisiones, existe una fuerte carga moral que censura y reprende. “Por conveniencia” –además de ser el tema central del trabajo- la opción más atractiva es sin duda alguna, el aborto, “mientras no se enteren mis

padres todo estará bien”. La posibilidad de que salgan bien librados durante el proceso, (que no se enteren otras personas sino los estrictamente necesarios, se resguarde la integridad social de los adolescentes involucrados, que la particular valoración de la analogía entre la castidad femenina y un comportamiento decente aún le pueda ser atribuible e imposibiliten la imponente responsabilidad de ser madre/padre a esa edad) incita a la agobiante búsqueda de técnicas abortivas. El Internet, por lo asequible que resulta y la enorme cantidad de información que dispone, es el medio más recurrido. Efectivamente, si uno ingresa a los buscadores web principales y escribe casi de forma instintiva enunciados como:

Estoy embarazada.

Estoy embarazada y no sé qué hacer.

Estoy embarazada y no quiero ser mamá.

Quiero abortar.

¿Dónde puedo abortar?

¿Cómo puedo abortar?

se enfrenta a un inmenso flujo de información sin algún aparato oficial que la regule. En el mejor de los casos, se hallará información de los sitios electrónicos de organizaciones o asociaciones civiles defensoras de los derechos sexuales y reproductivos en México. Tal es el caso de *GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida)*, *ddeser (Red por lo Derechos Sexuales y Reproductivos en México)*, *Equidad (Equidad de género, Ciudadanía, Trabajo y Familia)*, *CIAM (Centro de Investigación y Atención a la Mujer)*, *ANCIFEM (Asociación Nacional Cívica Femenina)* *ANDAR (Alianza Nacional por el Derecho a Decidir)* *MEXFAM (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar)* *Católicas por el derecho a decidir*, o el propio Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. En el peor de los casos, se dará con asociaciones, *blogs* (ciberbitácoras) o portales de discusión donde es posible encontrar métodos abortivos caseros, férreas opiniones, insultos y acusaciones al

punto de tergiversar conceptos relacionados a la vida y la reproducción¹⁰⁰, intimidando e inculcando a las personas que andan en busca de asesoría profesional, víctimas fáciles por el estado de vulnerabilidad en el que se encuentran, condición que va en aumento si no resides en la Ciudad de México o zonas aledañas, ya que las posibilidades reales de asistir al servicios de la ILE disminuyen considerablemente y con ellos la idea de desistir u optar por procedimientos caseros aumenta.

Gracias a la ardua labor de las organizaciones, es muy probable que las personas se inclinen por recurrir a instancias que defienden el derecho al aborto (GIRE, andar, Mexfam, ddeser), donde la orientación ofrecida es detallada y confiable al proporcionar complementariamente el marco jurídico garante. Ahí se ofrece el número telefónico de la ILETEL (línea de apoyo para la Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en servicio las 24 hrs. del día los 365 días del año) Al comunicarse se pregunta si es posible que la conversación se entable con la mujer solicitante, puesto que es conveniente que a ella se le de la información pedida. En el cuerpo de la llamada, se pregunta si ella tiene la voluntad personal de recurrir al servicio de la ILE, se ofrece una breve charla de asesoramiento en métodos anticonceptivos, se solicita la edad, escolaridad, delegación de residencia y posteriormente se informa sobre la documentación requerida para el proceso solicitado. Según el lugar de residencia se indica cuál es el hospital, clínica o centro de salud más cercano para acudir (ver anexo 2). En este caso, la más próxima fue la Clínica Comunitaria Santa Catarina en la delegación Iztapalapa; estando allí uno debe dirigirse al área de admisión y trabajo social para continuar con el servicio.

¹⁰⁰ Véanse los diversos blogs del sitio web enfemenino.com o la información provista por el buscador web yahoo en su sección de respuestas, ambos sitios electrónicos son de gran demanda o concurrencia en tanto que se sitúan en los diez primeros resultados de búsqueda del tema en cuestión.

A estas alturas, es previsible idealizar que los adolescentes se encuentran protegidas de las arbitrariedades que la estigmatización del aborto. No obstante, para poder recibir el servicio de la ILE, las menores de 18 años requieren –por ser menor de edad- a su madre, padre, tutor o representante legal quien debe identificarse para comenzar el procedimiento. “Una amiga mía me contó que era mejor ir a uno de esos hospitalitos que cobran barato”.

De igual manera, ya en la clínica las asistentes conflictúan con el sólo hecho de tener que pedir información acerca de dónde se practica la interrupción del embarazo. Se distingue a la proximidad (ver anexo 3) de la entrada principal un letrero “Clínica de Atención Integral a la Salud Reproductiva” al costado de un segundo acceso a la clínica y a unos metros de ella, una pequeña lona con un aviso peculiar: “La INFORMACIÓN sobre INTERRUPCIÓN LEGAL del EMBARAZO solamente se proporciona dentro de la Clínica”. A pesar de ello, resulta imposible no ver un pequeño stand de información que por su cercanía a la lona, se intuye que son los responsables de la misma, principalmente por su letrero que enuncia la frase: “INFORMES. Interrupción del embarazo”.

Constantemente se observa como una de las dos señoras que se encuentran en dicho stand, se aproxima a toda pareja, jóvenes menores que llegan al lugar, para no ofrecer sino restregar un tríptico de escasa calidad ilustrativa (ver anexo 4). Al lograr acercarme al pequeño puesto pude constatar un par de imágenes y figuras con forma humanoide que simulan el proceso de gestación desde la concepción hasta los nueve meses de embarazo, mientras la segunda señora con un aspecto desarreglado, comenzó a hablarme ante mi instintiva respuesta afirmativa a su pregunta de que si venía a la clínica por un embarazo. Sus ideas eran confusas. Lo primero que escuché fue “hacemos ultrasonidos gratis” seguido de un “hay otras opciones, muchas opciones”. Decidí hacer caso omiso y retirarme, aunque debo confesar que es delicada la mínima distancia del stand con la entrada a la Clínica.

En adelante me dediqué a analizar la dinámica del lugar. Todo se resumía a una especie de cacería a las parejas que arribaban al lugar de parte de las dos mujeres, sin importarles que en la mayoría de los casos, se presentara un momento delicado e íntimo. Después de una exhaustiva labor de convencimiento, auxiliándome de una compañera socióloga, se consiguió ingresar a las diferentes etapas que conlleva el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo. El proceso fue el siguiente:

Al llegar al área de admisión, atiende una trabajadora social quien pregunta si llegas ahí por propia voluntad y si es la primera vez que asistes. En caso de que así sea, se asigna un nuevo expediente, donde se solicita el comprobante de domicilio, identificación oficial con foto, en caso de ser menor de edad venir acompañado de tu representante legal quien deberá identificarse y firmar responsivo y consentimiento del proceso. En seguida, se proporciona una de las contadas fichas que sólo son repartidas de 7:00 a.m a 11:00 a.m; pasa luego a una segunda sala donde se brinda una plática informativa acerca de los métodos anticonceptivos prestados por el sector salud, además de notificar sobre los efectos secundarios del Misoprostol –fármaco utilizado para el aborto médico-.

Con un tríptico informativo (ver anexo 5) se continua explicando el marco legal que respalda la Interrupción del embarazo en el Distrito Federal y se advierte que en caso de presentar signos de alarma posteriores a la primera toma, se acuda al hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal más cercano o comunicarse a un número de emergencia provisto en el folleto. En caso de estar fuera de la ciudad, indican la importancia de no declarar a clínicas de otros estados haber practicado la ILE puesto que se procedería con la detención y una posible condena de cinco años de prisión. Acto seguido, ingresan una tras una a laboratorio, donde además de verificar tipo sanguíneo, se corrobora el embarazo y que gocen de buena salud (específicamente, no estar anémica).

Después de un tiempo en la sala de espera se manda a llamar para que la doctora explique a cada una de las asistentes los posibles riesgos y firmen con ello, la hoja de *consentimiento informado* donde aceptan venir por propia voluntad. Los riesgos van desde cuadros hemorrágicos, daños severos a la matriz, esterilidad y en casos remotos, la muerte misma. De nuevo sala de espera.

Tras un segundo llamado en grupos de tres mujeres, la enfermera o doctora disponible pregunta los datos personales de cada mujer (nombre, edad, escolaridad, estado civil, condición económica, ocupación, tiempo de ser sexualmente activas, número de parejas sexuales, fecha de última regla, número de abortos realizados, hijos, anticonceptivos utilizados, los datos de una persona a quien puedan comunicarse en caso de emergencia, si vas acompañada o no, dirección, teléfono, peso y altura) mismos que se incorpora al expediente personal. Sala de espera.

A continuación se realizan los ultrasonidos; cabe mencionar que todas pasan por esta etapa -independientemente que lleven consigo sus ultrasonidos de particulares-, con el fin de determinar el tiempo exacto de gestación, si es viable el aborto y el método disponible según cada caso. Antes de las 10 semanas es viable el aborto médico, de las 10.1 a las 11 se utiliza la AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y de 11.1 a 12 el LUI (Legrado Uterino Instrumentado). Sala de espera.

En seguida, pasan a una sesión individual con una trabajadora social que reitera la pregunta de la voluntad personal en el proceso de interrupción. Mediante una charla amena, confiable y breve, la trabajadora llena una especie de formato. Al final indica los métodos anticonceptivos disponibles y cuál de ellos le gustaría llevarse. Aquel día -demostrando un grave desabasto de anticonceptivos en la Clínica- sólo contaban con pastillas anticonceptivas, parches y condones masculinos. A modo de consejo se recomienda ir por una botella de agua para ingerir el medicamento.

Por última vez, sala de espera. Mandan a llamar a grupos de cinco a seis mujeres. La doctora reparte el medicamento y observa la primera toma. Enseña la hora exacta a la cual 24 horas después deberán de ingerir la segunda dosis. Se dirigen a la recepción donde se agendará una cita de seguimiento quince días posteriores a la primera toma. Tiempo total: aproximadamente cinco horas.

Al regresar dos semanas después, ingresan las mujeres a laboratorio, donde de nueva vez se les retira sangre para comprobar la anulación del embarazo; paso seguido, se realiza un ultrasonido para revisar que no hayan restos del producto, en caso de tenerlos se deberá recurrir a la AMEU. En caso contrario, se pregunta sobre las condiciones físicas, sintomatología presentada y repercusiones en caso de haberlas tenido. Finalmente se da de alta con cuarenta días de abstinencia sexual para la recuperación de las zonas lesionadas. Tiempo aproximado de la visita: dos horas y media.

5. TRABAJO DE CAMPO

Presentación

Antes de adentrarnos a cuestiones de mayor contenido, me gustaría aclarar que en un comienzo se buscó incorporar el trabajo a un esquema que detentara las características sociodemográficas del grupo según las últimas cifras reportadas por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)¹⁰¹, -organización que de manera continua, ha venido haciendo un recuento de los datos de las solicitantes del servicio- y que a su vez reconocieran los últimos reportes de la INEGI y la SEP, donde se sostiene que de mujeres y varones en edad de cursar la escolaridad básica en el periodo 2010-2012, 96% asistía a la escuela y a pesar de que el Distrito Federal en el caso de nivel secundaria presenta el mayor número de escuelas con sostenimiento particular en el país, aún el 63% de ellas son públicas¹⁰². Con dicha información, se buscaba estudiantes de una escuela secundaria pública, residentes de la capital del país, de preferencia solteros/solteras, sin hijos e hijas y de familia de extracto católico/cristiano. La elección de los participantes se establecería por un breve cuestionario entregado previamente a grupos de diferentes secundarias, a fin de trabajar cada uno por separado. Sin embargo, debido principalmente a la falta de recursos que el propio trabajo personal representaba, no fue posible obtener el permiso y/o las condiciones necesarias para realizar la dinámica esperada. Ante la negativa de las escuelas de acceder al alumnado, -sí, sólo si se permitía a un profesor dentro del ejercicio o se entregaba a la Dirección un reporte con lo sucedido, lo cual afectaría evidentemente la comunicación verbal e intimidad de las y los participantes- opté por cambiar la estrategia y conseguir participantes de manera externa. En cambio, no

¹⁰¹ En: https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1397&lang=es Última revisión julio, 2013

¹⁰² INEGI México en cifras 2010 en: <http://www.inegi.org.mx/mexicocifras/> Última revisión agosto, 2013 SEP Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos, Principales cifras Ciclo Escolar 2011-2012 pp. 71-81. En: http://www.dgpp.sep.gob.mx/Estadi/principales_cifras_2011_2012.pdf Última revisión julio, 2013

se podría establecer en su totalidad un ambiente confiable, sea porque no se conocieran entre participantes y/o por razón de sexo, se deterioraría el reconocimiento de los sujetos de sexualidad que mi análisis buscaba. Si bien, los métodos de investigación cualitativa exigen un alto grado de rigurosidad en la obtención de sus datos ¹⁰³, es verdad también que en temas referentes a la vida privada de las personas, como lo son el género, la sexualidad y la conducta reproductiva, las estrategias son tan flexibles como el investigador crea pertinente, frente la discrepancia sobre abordajes metodológicos que puedan comprender la riqueza del significado de las representaciones subjetivas de las experiencias sociales de los individuos del modo más auténtico posible¹⁰⁴.

El siguiente apartado es producto del trabajo de campo realizado con un grupo de siete adolescentes entre 14 y 15 años de edad. Para la elección del grupo se realizó un recorrido por distintas escuelas secundarias en diferentes delegaciones (Iztapalapa, Coyoacan, Benito Juárez) con el propósito de encontrar alguna que tuviera en sus cercanías centros o clínicas de salud, incitando evidentemente a cualquier tipo de manifestación externa. Con una lista de cuatro secundarias posibles, se visitó la dirección de cada una de ellas, con el fin de obtener el permiso necesario para trabajar dentro de las instalaciones y garantizar un entorno que procurara la integridad de los y las participantes. En la conversación con las y los directores, se hacía una breve explicitación de las características del trabajo, además de hacer énfasis en la pertinencia actual y trascendencia social del análisis, referentes a la sexualidad y salud reproductiva para adolescentes. No obstante, si bien no hubo negativa plena de su parte –incluso hubo casos donde externaban empatía con el compromiso de la investigación– no era posible cumplir las condiciones requeridas, ya que la propia naturaleza del trabajo exigía un alto grado de anonimato para las/los

¹⁰³ Ver Patricia Balcázar et al., *Investigación cualitativa*, 1 ed., Toluca, UAEM, 2005, 237 p.

¹⁰⁴ Szasz, Ivonne, Susana Lerner, compiladoras; Ana Amuchastegui colaboradora, *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, COLMEX-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1996, 256 pp.

jóvenes. Entre los requisitos estaban la presencia de profesores en la dinámica, la entrega de un videoreporte a la dirección, una lista con los nombres completos de mujeres y varones participantes, la mediación de la orientadora de la escuela, etcétera.¹⁰⁵

Bajo tales condiciones, sabiendo de antemano que la protección de las identidades de las/los participantes era fundamental pero que a su vez debía existir confianza entre ellos a manera que permitiera conversaciones auténticas y fluidas, recurrí al apoyo de una persona de mi confianza que en aquel momento cursaba el tercer año de secundaria. La elección de participantes además de estar determinada por la relación de compañerismo con mi contacto, consentía el establecimiento de un ambiente de seguridad recíproco, junto con la edad y sexo convenientes de las/los participantes para el interés del estudio, debido en parte a que mantenían el mismo rango de edad (14-15 años) y además, la proporción entre sexos era lo más equitativa posible (3 mujeres por 4 hombres). El reclutamiento se dio a partir de la libre elección de mi contacto, sin algún instrumento específico de invitación o participación a la dinámica más que mi recomendación sobre que salvaguardara entre participantes amistad y confianza, con el objetivo de homogenizar el grupo; eso sí, con previo aviso sobre la temática a tratar. Para fines de este trabajo el grupo se conformó por:

Mujeres

Ana (14 años)
Elizabeth (14 años)
Yazmín (15 años)

Hombres

Miguel (14 años)
Juan (15 años)
Lalo (14 años)
Aldo (14 años)

¹⁰⁵ Partiendo de circunstancias adversas, si dentro de mis objetivos, se hallaban aquellos que dilucidaran el panorama actual para las y los adolescentes de comienzo/acceso a una vida sexual activa y su percepción frente a la ILE como una realidad latente a ella, una buena interpretación de un grupo de siete adolescentes no elegidos por mí, bastaría para satisfacer la legitimidad de un primer acercamiento al fenómeno estudiado.

La dinámica que en un principio se pensó como grupo focal fue modificándose en el transcurso de las interacciones de los ahí presentes (yo mismo como moderador), a fin de que no se perdiera el orden mínimo que protegiera la libertad de expresión y el desarrollo general de la actividad. Por ejemplo, se pidió su permiso para que la sesión pudiera ser grabada, sin embargo, la mayoría (4 a 3) no estuvo de acuerdo, algunos por simple comodidad y otros como el caso de Lalo porque se pudiera saber el paradero de las declaraciones

Lalo: No pus si se puede no mejor

JMQG: ¿Mejor sin grabadora o sin cámara?

Lalo: Sí, sin las dos mejor.

JMQG: Como mejor te sientas

Lalo: Sí porque si es necesario hablar de alguien yo no quiero que sepan quien lo dijo (risas) y por mi voz “pus” sabrán quien fue

JMQG: Las grabaciones serán para uso exclusivo del trabajo

Lalo: De todos modos, no se puede hablar chido, chivean.

La conversación se realizó dentro de la casa de mi contacto, debido a que se consideró como espacio neutro entre las/los adolescentes y mi participación como moderador. Sin nadie más en el lugar, se formó un círculo con los asientos, de forma que se pudiera hacer contacto visual con cada participante, además se les pidió que tomaran lugar intercaladamente (mujer-varón-mujer), de forma que se evitara la escisión del grupo (varones vs mujeres) y paralelamente incitara la interacción verbal con todos los copartícipes.

Por último, señalar que bajo ninguna circunstancia los resultados del ejercicio pueden ser considerados manifestaciones definitivas de la conducta de una sociedad o grupo poblacional específico, en este caso de los jóvenes adolescentes. Lejos de entablar ligeras e irresponsables generalidades, se busca acercamientos que favorezcan futuras investigaciones, partiendo desde la reformulación de las preguntas de investigación que permitan planteamientos de mayor precisión.

Perspectiva metodológica

El objetivo principal de la dinámica de grupo era poder establecer las modalidades en las que las y los adolescentes hacen frente al inicio de su vida sexual además de su percepción hacia el riesgo del embarazo y su interrupción legal en tanto temas referentes a la salud reproductiva.

Para este tipo de acercamiento me valí de interpretaciones fenomenológicas como herramienta metodológica para enfocarme en puntos específicos en el transcurrir de las entrevistas. La interpretación fenomenológica de la vida cotidiana o de la experiencia subjetiva de las/los adolescentes en la realización de sus identidades sexuales, se adecuaba con los intereses de mi análisis sociológico, que atribuye sentido racional (en tanto guiado por un fin) -o sentido común en el argot fenomenológico- a la conciencia intencional del individuo frente a situaciones sociales concretas, es decir, a realidades determinadas por infinitas interacciones interpersonales que se sitúan por encima de su voluntad pero que son percibidas por el individuo mismo como determinantes de su conducta.

Basándome en el construccionismo social de Berger y Luckmann¹⁰⁶, la prioridad fue fijar la *actitud natural* de las/los adolescentes frente a los temas concernientes, descifrando los significados del lenguaje percibido durante la dinámica grupal (respuestas verbales, vocabulario utilizado, cambios de entonación, silencios, gestos [risas, muecas] movimientos significantes, etc.) como signos que a palabras de los autores, traducen la subjetividad de las experiencias de una realidad específica. La posibilidad de objetivar la expresividad humana en tanto proceso subjetivo, y la ventaja de poder entablar una situación “cara a cara” con

¹⁰⁶ Berger L, Peter y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu editores, 2001, Buenos Aires, 231 pp.

los participantes, hizo que la negativa a cualquier tipo de grabación no afectara en la medida que en un principio se había pensado.¹⁰⁷

En la situación “cara a cara” el lenguaje posee una cualidad inherente de reciprocidad que lo distingue de cualquier otro sistema de signos. La continua producción de signos vocales en la conversación puede sincronizarse sensiblemente con las continuas intenciones subjetivas de los que conversan. Hablo a medida que pienso, lo mismo que mi interlocutor en la conversación. Cada uno oye lo que dice el otro virtualmente en el mismo momento en que lo dice, y esto posibilita el acceso continuo, sincronizado y recíproco a nuestras dos subjetividades en la cercanía intersubjetiva de la situación “cara a cara” de manera tal que ningún otro sistema de signos puede repetir.¹⁰⁸

La posibilidad de acceder a través de la comprensión e interpretación de la significación lingüística, a la realidad de la vida cotidiana del ser sexual adolescente, se manifestó en tal medida durante las entrevistas, que habiendo optado en un principio por transcribir en su totalidad las respuestas u opiniones derivadas del cuestionario guía, en el transcurso de la primera sesión se decidió dejar el registro escrito para absorber las ventajas que la situación “cara a cara” facilitaba. Sólo en caso en que se haya considerado estrictamente necesario, se recurrió a la transcripción, aspecto que facilitó el reconocimiento de los discursos narrativos predominantes. Al renunciar al registro escrito, la conversación fluyó y con ella, las formas –expresadas en pensamientos o actitudes- en que se va construyendo conocimiento, que para el caso que nos incumbe, no es más que los por qué de la conducta adolescente con la que hacen frente a una realidad específica: su vida sexual y reproductiva.

Esta concordancia que conlleva la premisa fundamental del construccionismo social – la conciencia del individuo se determina por

¹⁰⁷ La situación “cara a cara” es para Berger y Luckmann *la experiencia más importante que tengo de los otros* en la interacción social de la vida cotidiana. Los actos expresivos y/o signos que se presentan funcionan como los puentes de acceso menos imprecisos a la subjetividad del otro y por ende, a la realidad que él vive.

¹⁰⁸ Berger y Luckmann, op. cit. p. 56

su identidad social- permite elucidar la relevancia que el enfoque fenomenológico atribuye al análisis de las entrevistas. Se precisa un proceso de estructuración del sentido común¹⁰⁹ de las personas en la vida cotidiana. Si éste, es elemento constitutivo del *acopio social del conocimiento* en tanto *colección de significados [...] que permiten ordenar la experiencia*¹¹⁰ social, luego entonces, al estar compuesto por cuerpos específicos de conocimiento (objetivaciones de los procesos subjetivos de productos de la actividad humana) es válido atribuirle a la acción social dotes de racionalidad. Es decir, la causalidad de la conducta se da por establecida en el campo intersubjetivo del sentido común que en el mundo de la vida cotidiana se expresa a través del acopio social del conocimiento y con ello, al alcance de la interacción social; si el sentido común es acumulación de conocimiento, mi ser social se estructurará según convenga a la realidad social presente, al estar alentado por un fin, existe entonces una relación que implica un proceso racional capaz de construir significado a una experiencia subjetiva.

Más allá de querer establecer una perspectiva instrumentalista o pragmática de la conciencia social del adolescente (hacer sólo lo que la sociedad espera de mí en cuanto individuo social a razón de mis intereses y limitaciones), mi intención es subrayar que su actuar no es irracional como popularmente se cree, sino por el contrario, su mundo está referenciado por elementos socioculturales. En este orden de ideas, es posible identificar las motivaciones que determinan la(s) acción(es) de las/los adolescentes frente ante una situación concreta.

¹⁰⁹ Ver Schutz, Alfred, *El problema de la realidad social*. Amorrortu editores 1995, Buenos Aires, 327 p.

¹¹⁰ Berger y Luckmann, op. cit. p. 60

Las entrevistas

Se comenzó con una breve exposición acerca de las características del trabajo presente. Teniendo como punto referencial el no formalizar de sobremanera la reunión, para no establecer distancias personales que después no se pudieran acortar y sabiendo de antemano la inevitable dificultad de entablar pronta comunicación con las y los participantes, se procuró mantener un ambiente confiable que salvaguardara conversaciones fluidas y espontáneas. Por tal motivo, se desistió de cuestionarios que limitaran la riqueza de las participaciones con respuestas enfocadas a satisfacer únicamente las preguntas planteadas.

Una vez establecidos los parámetros introductorios necesarios, se dio comienzo a la dinámica a manera de una charla cotidiana que incorporó todos los puntos del cuestionario guía realizado previamente (ver anexo 1) siempre con la reserva de modificar la estrategia en el transcurso de las entrevistas según se considerara preciso. Por ejemplo, como anteriormente se comentó, en la primera sesión, la transcripción completa de las declaraciones, irrumpió el sano desenvolvimiento de la dinámica, debido a que produjo una especie de inseguridad/ansiedad en las/los adolescentes al no saber exactamente qué es lo que yo escribía.

La conversación se alejó de cuestionamientos directos y del orden preestablecido del cuestionario guía; el fin era abordar los temas como el propio ritmo de la plática lo permitiera; sólo en casos excepcionales, se formulaba preguntas que buscaran respuestas cerradas, por ejemplo: *¿Han tenido relaciones sexuales? ¿A qué edad?* O se recurría a la transcripción si la expresión utilizada debía mantenerse intacta para fines interpretativos de la idiosincrasia de las/los menores.

Yazmín: Pues cómo era cuando tú estabas en la secu?

JM: El uso del Internet no era como hoy en día, apenas y se utilizaba, no teníamos celulares. Si sabíamos algo era gracias a los libros de la escuela, las revistas, la radio y la televisión.

Yazmín: ¿Y si tenían duda sobre algo?

JM: ¿Cómo qué?

Yazmín: Pues sobre esas cosas...sexuales

JM: Preguntábamos a algún amigo/amiga o algún profesor de confianza.

Yazmín: (Risas) ¿Neta? Prefiero hacerlo mal [relaciones sexuales] a que algún profe se entere.

Aldo: ¿Chueco? (Risas)

Yazmín: No porque duele (Risas)

Aldo: Deberías [dirigiéndose a mí] ir con el gobierno para que pusieran en los libros cómo hacerle para hacerlo bien.

Para un mejor manejo de la información se dividieron los temas en tres partes: 1) relaciones heterosexuales adolescentes 2) Anticoncepción y embarazo adolescente 3) Aborto-ILE. Los datos obtenidos se presentarán en dos formatos, el primero en cuadros, donde se ubicarán las respuestas relativas al cuestionario guía, esto es, que responden de alguna u otra manera los cuestionamientos ahí planteados. El segundo, como el ya utilizado en forma de diálogo, donde se expondrán los testimonios más representativos sobre los temas abarcados de manera que funjan como cuadros contextuales y ayuden a la comprensión de las entrevistas.

1.- Relaciones Heterosexuales Adolescentes

¿Qué entiendes por salud sexual y reproductiva?	
Respuestas/Alusiones	Observaciones clave
Miguel: Utilizar condón para protección Juan: Tener relaciones sexuales sin contagiarte de ETS Ana: No contagiarse de ETS Elizabeth: No Lalo: Al estado sano del cuerpo (libre de enfermedades para tener relaciones. Yazmín: Cuidarte para no enfermarte de alguna cosa que afecte tu cuerpo y tu sexualidad. Aldo: No tener sida o alguna ETS	Vinculan el concepto de salud con su antigua referencia (ausencia de enfermedad) y no así al disfrute de su más alto nivel posible. Manejan el tema de la salud sexual y reproductiva como un tema ajeno o bastante distante a su presente puesto que pareciera que asimilan la salud con estado maduro de sexualidad, es decir, no existe el concepto de salud sexual en la adolescencia.

Yazmín: Más o menos Aldo: Sí	grupo debido a respuestas breves y tajantes.
¿En qué otros lugares/medios recibes información que pueda orientarte en el ejercicio de tu sexualidad?	
Miguel: Internet Juan: Internet, televisión. Ana: Con las amigas, Internet, revistas. Elizabeth: Radio, Internet, películas. Lalo: Yahoo preguntas (Internet), películas porno Yazmín: Internet, televisión. Aldo: Amigos, Internet.	Por unanimidad, la Internet se distinguió no sólo por detentar el mayor grado de interés, sino por ser el medio que menos se desconoce. Expresan que de éste, de donde proviene la mayor información obtenida, por su facilidad y discreción de su uso.
¿Qué opinas de las relaciones sexuales en la adolescencia?	
<i>Los mismos cuatro:</i> Miguel: Son divertidas Ana: Que pues deberían ser algo normal Elizabeth: Pocas veces son aceptadas Yazmín: Más común de lo que creen	Presentan una actitud omnipotente hacia circunstancias derivadas de la reprobación de la práctica sexual de la adolescencia. De alguna u otra manera, aceptan el riesgo o espontaneidad de las relaciones, la interiorizan a tal punto de parecerles normal. La diversidad de las respuestas es notable.
¿Sabes de más compañeros que ya hayan tenido relaciones sexuales?	
Grupo: 15 personas (9 varones por 6 mujeres) de 70 aproximadas. *Un aspecto sobresaliente fue el hecho de que en el caso de los compañeros varones, lo único que se sabía era que habían comenzado su vida sexual, caso contrario al de las mujeres de quienes no sólo se sabía eso si no además, el número de sus parejas sexuales.	Conocen muy bien a sus compañeros, sus historias y problemas. Los límites de privativos dentro de los grupos de amistades son evidentes.

La conversación se orientó principalmente hacia el reconocimiento de sujetos de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Se intentó abarcar el tema desde el plano normativo (si conocían o no sus derechos) hasta los inconvenientes que obstaculizan según su parecer,

el acceso a la actividad sexual en condiciones dignas. En este apartado era importante identificar la percepción de cada adolescente frente a las relaciones sexuales a esa edad y las fuentes de conocimiento sobre el tema.

Al respecto, las/los participantes actuaron con expresa seguridad, denotando –más allá de una respuesta correcta o errónea- que contaban con los recursos personales para actuar según sus convicciones. Con declaraciones tajantes, la conversación se adentró en un ritmo fluido que dejó de lado de manera inmediata, el mito de la sexualidad como un misterio confidencial de la persona que requería de técnicas precisas para divisarla; al menos para estos jóvenes de 14-15 años que viven en zonas urbanas, no fue necesario. Por el contrario, se percibió una enorme necesidad de escucha individual, que por momentos se distinguió la voz de un solo sujeto social que concluía tras una opinión concreta. El hecho de que el moderador perteneciera a un grupo social diferente, facilitó los puentes de comunicación subjetiva representados en variadas ocasiones por “la neta...” al comienzo de las oraciones que buscaban la descripción de ciertas experiencias sexuales.

JM: ¿Y entonces, qué es lo indicado?

Elizabeth: Pues yo no sé que le hacen, que ni se hagan porque según se vale hasta que seas adulto pero mi abuela y mi mamá lo hicieron bien chavas, si por eso se casó (la madre), así que ni me digan algo.

JM: ¿Pero ellas te lo han prohibido o sólo piensas que ellas actuarían de esa forma?

Elizabeth: Una vez mi mamá me dijo que todo viene a su tiempo.

JM: ¿Pero se refería a las relaciones sexuales?

Elizabeth: Sí sí, sólo me dijo que había una edad indicada, que yo iba a saber cuándo mi cuerpo iba a estar preparado, que estaba bien educada, pero la neta, a mi ya me dan ganas y no creo que ella esté de acuerdo a que a esta edad yo empiece.

En el plano individual, el sentido del discurso se mantuvo distante de conflictos de género, sin embargo, se insertó en una disputa de poderes entre el ser y el deber ser. Si bien las prácticas generalizadas entre las/los participantes distaban según el sexo de quien hablaba, se apreciaba la existencia de códigos¹¹¹ bien establecidos que aprobaban la idealización del comportamiento adolescente. Esto no significó que las actividades concernientes al ejercicio de la sexualidad no se tornaran conflictivas en las historias relatadas, pero se satisfacían siempre y cuando se mantuvieran dentro del grupo. El problema se traslada a intromisiones externas (profesores, padres y madres, tías/tíos, abuelas, “la gente”) es ahí donde el accionar del grupo (gesticulaciones, ademanes, postura corporal) y la naturaleza del discurso en general cambia. Quejas, reflexiones, cuestionamientos entran en escena acompañados de manoteos abruptos, seños fruncidos, vocabulario agresivo y una constante inconformidad hacia razonamientos morales incomprensibles.

Yazmín: El chiste es que no te cachen o no se enteren, sólo entre amigos se puede saber, pero de todos modos hay que cuidarse porque si terminas panzona pues obvio que van a saber...

JM: ¿Y no hay casos en que los amigos traicionen? Que le digan a algún profesor o alguna mamá.

Miguel: Nel porque le pasarían.

JM: ¿En qué forma?

Miguel: Pues mínimo “pamba” (manotazo a la nuca) ya si se pasó de verga pues la ley de hielo (dejarle de hablar)

Juan: Que ni le hagan porque antes ellos también lo hacían

JM: ¿Quiénes ellos?

Juan: Pus la gente, los profes, hasta los prefectos que se las dan de mochos.

¹¹¹ Entiendo a éstos como el conjunto de reglas explícitas e implícitas que operan a nivel de la interacción cotidiana de las relaciones sociales y que tienden a regular la comprensión de la significación de la actividad humana.

Yazmín: Nunca se le da gusto, en primero (primer grado de secundaria) me llevaron a orientación porque era muy tímida y casi no convivía, ahora hace como dos meses me dijo el director que me debía dar a respetar con los hombres sólo porque tengo muchos amigos y me gusta que me apapachen.

Los procesos de socialización temprana de la vida sexual del adolescente bajo un marco normativo registraron características significativas. Por ejemplo, se esperaba que los razonamientos morales que implican la ordenación de su conducta bajo un conjunto de reglas, fueran personificadas por alguna autoridad que salvaguardara ante todo la integridad física, psicológica, social y sexual del las/los jóvenes; algún ordenamiento jurídico o institución referencial que rigiera el *deber ser* o el comportamiento esperado de las/los adolescentes en su práctica sexual. Las recomendaciones y/o dictámenes de la Organización Mundial de la Salud, los informes de la Secretaría de Salud o la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos son casos posibles muy ilustrativos; no obstante, durante las conversaciones se revelaron diferentes formas de evaluar las prácticas descritas. En primera porque no existía alguna figura de autoridad en la que se centrara preponderantemente las quejas o críticas, a lo que en su lugar fue común escuchar “la gente dice”, o ultimadamente el uso de referencias impersonales “piensan/creen/esperan”. En segunda, las experiencias sexuales no se definían según lo correcto o incorrecto, como de cualquier norma social se pensaría, por el contrario, los jóvenes significaban su actuar según consideraran justas o injustas las circunstancias.

Lalo: Según la gente dice que hasta que tengas dieciocho, pero pa’ que me sirva tener dieciocho si aún voy a vivir con mis padres.

Ana: Yo digo que con nosotras es diferente.

JM: ¿En qué sentido?

Ana: Pues ya casada no hay problema. Yo me voy a casar hasta los treinta años pero no creo aguantar tanto (sin relaciones sexuales)

Aldo: Si, si es cierto. Mi hermana tiene diecisiete años y ya lo hace, pero nada más que se entere mi “abue” y se la chinga porque no se ha casado.

JM: ¿Si estuviera casada aunque tuviera esa edad no habría problema?

Aldo: Supongo...

Ana: Pues yo digo que hasta que trabajes porque si sales embarazada pues cómo le haces. Ellos sólo esperan que no salgas embarazada

JM: ¿Tu familia?

Ana: Todos, mi familia, los maestros.

JM: ¿Pero aprobarían el que tuvieras relaciones sexuales?

Ana: Pues es que no tiene nada de malo. Digo, si él me quiere y yo lo quiero ¿cuál es el problema?. Además en la escuela te enseñan los cambios que pasamos a esta edad, o sea si la hormona quiere qué se le hace. Piensan que sólo por ser mujer no debemos hacer caso a lo que sentimos, eso es injusto.

(Risas, ovaciones y aplausos en forma de broma del resto del grupo)

En términos generales, el tema está muy bien sabido por las/los participantes. Conocen sus intereses y los saben externar. La confusión viene cuando enfrentan sus puntos de vista con percepciones ajenas que les cuesta trabajo procesar. A lo cual han optado por desenvolverse en el anonimato, en prácticas ocultas que determinan su conducta. La sexualidad adolescente no es un secreto por considerarse elemento indisoluble de la vida íntima y subjetiva de las personas sino porque su práctica es censurable.

Miguel: Ya es mucho con que haya lugar. Cuando se corre con suerte hay que aprovechar, además, con que mi vieja quiera...

JM: ¿Lugar? Una casa...

Yazmín: Lo que sea es bueno. Hasta para echar faje necesitas saberla hacer.

JM: ¿Qué sería lo más complicado en un noviazgo a su edad?

Yazmín: A mí no me daban permiso de tener novio, pero entre más me lo prohibían más me entraban ganas.

Aldo: En la escuela no te dejan, en la casa menos.

JM: ¿Y entonces?

Yazmín: Algún parque (risas)

JM: Siempre hay algún compa que presta su casa.

(Aprueban con la cabeza Yazmín, Ana, y Lalo)

2.- Anticoncepción y embarazo adolescente.

¿Usaron algún método anticonceptivo? (Miguel y Yazmín)	
Respuestas/Alusiones	Observaciones clave
Miguel: No. No tenía dinero Yazmín: No. Si teníamos pero ni lo usamos, no había tiempo.	A la fecha, mantienen activa su vida sexual y confiesan casi nunca utilizar preservativo/anticonceptivo debido a la prontitud con la que se presenta la “oportunidad” para tener relaciones.
¿Cuántos métodos anticonceptivos conocen?	
Grupo: Condón masculino, pastillas anticonceptivas, parches, DIU, condón femenino, espermicidas, anillo vaginal.	No expresan ningún tipo de familiaridad con ellos. La respuesta es instintiva, repetitiva.
¿Sabes su precio?/ ¿Dónde lo conseguirías?	
Miguel: 35 pesos / Farmacia Juan: 40 pesos / Farmacia Ana: Cuando fui valían 35 pesos los normales, para mujer no vendían/ Farmacia Elizabeth: 50 a 60 pesos cuando hayan ganas / Farmacia o en alguna clínica en planificación familiar. Lalo: Igual (mismo precio que los anteriores) Farmacia o súper Yazmín: Depende donde los compres y cuántos traigan. El de nosotras lo vi en 60 pesos. En Soriana Aldo: No. / También en farmacia. *Referente a los preservativos.	Si bien alguno de ellos llevaba consigo preservativos obsequiados en el taller de biología, el interés no radicaba en la procedencia de éstos sino a dónde recurrirían para conseguirlos. Esto para saber si actualmente quieren acceder a ellos, cuáles serían las condiciones reales que deberían transitar en su propósito. De los siete participantes, sólo dos habían comprado en farmacia para un trabajo escolar, a pesar de que sólo uno confesó no saber el precio.

¿Cuál usarías?										
<p>Miguel: Si tuviera dinero y si tuviera muchos pues el condón. Juan: Igual el condón. Ana: El condón o los parches. Elizabeth: Pues alguno con el que los dos estemos de acuerdo. Lalo: Me salgo antes, dicen que no falla (risas) = Coito interrumpido Yazmín: Las pastillas porque es más fácil guardarlas y hasta las puedes meter en otra caja y que piensen que es un medicamento. Aldo: Condón porque no podría saber si ella tomó pastillas y el condón se ve.</p>	<p>Sólo en el caso de Yazmín se hizo referencia al anticonceptivo de forma activa, es decir, relataba su propia experiencia con su trato. En ningún caso, se nombró la trascendencia del condón en tanto preservativo; su concurrencia estaba determinada por la facilidad de acceso y reconocimiento dentro del grupo.</p>									
¿Cómo te ves en diez años?										
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Trabajando</th> <th>Estudiando</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Mujeres</i></td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><i>Hombres</i></td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Trabajando	Estudiando	<i>Mujeres</i>	0	3	<i>Hombres</i>	2	2	<p>Miguel: Trabajando Juan: Estudiando Ana: Estudiando Elizabeth: Estudiando Lalo: Estudiando Yazmín: Estudiando Aldo: Trabajando y estudiando</p>
	Trabajando	Estudiando								
<i>Mujeres</i>	0	3								
<i>Hombres</i>	2	2								
¿Qué opinan del embarazo adolescente?										
<p>Miguel: ...ya ni modos. Un hijo no se niega. Juan: Aún están chavos para ser papás. Ana: Los dos deben estar de acuerdo para tenerlo porque fue una decisión de dos hacerlo. Elizabeth: Lalo: Está bien mientras estén de acuerdo. Yazmín: Es más problema de la vieja porque al menos que lleve tiempo con él pus ya se harían cargo los dos, pero si sólo fue un <i>free</i> está más difícil. Aldo: No lo sé, pues está mal ¿no?</p>	<p>A pesar de que tras la pregunta no se hizo ninguna referencia alusiva a la maternidad/paternidad adolescente, constantemente se asemejó una con otra al grado de dar pie a las respuestas del siguiente cuestionamiento. En general, las mujeres contestaron de un modo más elaborado que los varones. La respuesta de Elizabeth no se registra porque ella fue quien dio pie a la próxima pregunta.</p>									

<p>¿Cuál sería una actitud responsable de la chica/chico ante tal evento? / ¿Tú que harías?</p>	
<p>Miguel: Aguantarse / Hablar con ella y ver qué se puede hacer. Ya si lo quiere tener pues que lo tenga. Juan: Trabajar para mantenerlo / Le pediría paro (ayuda) a mis primos para que me fiaran una lana y hablaría con ella. A los dos nos conviene y además me caga (regaña) mi jefa si se entera. Ana: Deben responder por lo que hicieron... hay que pagar un precio. / Conseguir un trabajo porque para cualquier cosa el dinero va a faltar y va a ser muy difícil que te lo den sin que te estén sermoneando. Elizabeth: Hacerse responsable. / Dejaría de hacer lo que estaba haciendo porque ya el bebé depende de ti. Lalo: Igual, hacerse responsable / Darle un dinero para lo que necesite. Yazmín: Los dos deben de poner de su parte e igual si él no quiere pues chido pero mínimo que le caiga con el varo / Salirme de la escuela porque siempre hacen burlas [...]hay profesores que se manchan con las embarazadas Aldo: Cualquier cosa que decidan va a ser mal vista pero yo creo que lo mejor es hacer lo que uno cree mejor / Pues si no hay de otra pues ya ser papá.</p>	<p>Sin previo aviso de la correlación se analizaron las respuestas con las aspiraciones de cada joven en los diez años siguientes. En términos generales, los varones alegaban constantemente por su persona, aunque mantenían igual que las mujeres una semejanza definitiva entre el embarazo y la maternidad/paternidad, no hacían referencia a la paternidad en sus contestaciones que se caracterizaron por su diversidad de ejemplificaciones. Por su parte, las mujeres contemplaban en sus soluciones al nacido, entre ellas, estaba la expresa intención de abandonar sus estudios y conseguir dinero ante la futura responsabilidad. Con menos oportunidades de reacción que los varones, la maternidad se presenta como una inevitable voluntad no esperada.</p>
<p>¿La información que recibes en la escuela te ayudaría en un caso como el anterior? / ¿En qué otro lugar has visto información que pueda orientar cualquier tipo de conducta ante un embarazo?</p>	
<p>Grupo: (No se sabe con exactitud) / Internet y medios impresos.</p>	<p>En grandes aspectos, reconocen no saber el origen de sus argumentaciones. La respuesta más concreta se centra en la recomendación que en los libros de texto hacen frente a una situación difícil de acudir con alguna persona adulta de confianza, no obstante, se resisten por el alto grado de ansiedad que conlleva el exponer una situación personal en manos de terceros. Como última posibilidad se pide el apoyo de algún adulto aunque para entonces “se terminará enterando de todo”.</p>

Abarcando la segunda sesión en su totalidad, el objetivo era observar qué tan relacionados estaban la anticoncepción, las relaciones sexuales y el embarazo en la conversación como un componente indisoluble y sus manifestaciones racionales en forma de respuestas. Sin querer demeritar la poca o mucha práctica anticonceptiva de las/los participantes, se centró la atención en identificar las ideas que operaban en el pensamiento frente al uso o desuso de los métodos contraceptivos. Finalmente, se hizo una breve acotación sobre el embarazo adolescente a modo de ejercicio reflexivo que revelara lo lejano o cercano que está dicho tema en sus pláticas cotidianas.

A diferencia de las relaciones sexuales, interiorizadas por cada joven del grupo, determinadas sólo por su voluntad y las circunstancias, los temas de la anticoncepción y el embarazo registraron una diversidad de opiniones y preferencias particulares. El primer aspecto valorado fue que la anticoncepción –más allá de su conocimiento (métodos anticonceptivos, preferencias contraceptivas, costos, etc.)- implica la búsqueda del encuentro sexual, por lo que los comentarios derivados de la conversación, estuvieron propensos a la descripción de situaciones específicas que al contrario de la idealización individual de las relaciones sexuales adolescentes y su permisividad, los testimonios mostraban el comportamiento/pensamiento hacia una situación latente, pensando en que los anticonceptivos no son exclusivos de quienes ejercen una vida sexual activa sino también para aquellos que aún no lo hacen. En otras palabras, si el encuentro sexual no está propiamente determinado por el poco o mucho conocimiento que se tiene acerca de él y por tanto las características del acto no pueden ser juzgadas sino hasta que ocurra el evento, el tema de la anticoncepción lleva consigo un elemento de prevención característico y definitorio para nuestro análisis debido a su alta relación con la prevención de embarazos no deseados.

Además, cabe resaltar que durante el desarrollo del tema, prevaleció constante por parte de las y los entrevistados, la mediación entre las

condiciones de sus posibilidades reales con aspectos de la vida diaria, las cuales ejercen una fuerza sobre las ideas y creencias populares con respecto a los anticonceptivos.

JM: ¿Consideran fácil el acceso a métodos anticonceptivos?

Yazmín: ¿Al condón?

JM: Por ejemplo...o a cualquier otro.

Lalo: Pues en cualquier farmacia se puede conseguir

Elizabeth: Es mejor que te lo regalen, sale más barato

Ana: Una vez en Soriana, de pasada fui a verlos pero había muchos que ni modo me quedara viendo uno por uno, además iba con mi mamá. Más o menos el paquetito de tres andaba de 40 a 60 pesos.

Lalo: Mejor unas chelas.

JM: ¿Eso valen?

Lalo: No lo sé, pero si tuviera ese dinero en un día no lo gastaría en condones.

Tenemos entonces que si la obtención de anticonceptivos son un tabú para adolescentes, en cuanto a una práctica de la que aún se derivan conflictos, dudas y una lenta aprobación social, aunado a su mínima economía y al precio actual de los preservativos, el acceso a su obtención se ve impedido por una pared de cristal que desvincula el uso de éstos con la población adolescente. Dicha incompatibilidad que media el conocimiento, la obtención y el uso, con las posibilidades de la identidad sexual de las/los adolescentes en tanto sujetos de acción social, define los comportamientos y los modos en que interiorizan la significancia de la anticoncepción.

Sin pretender reducir el fenómeno a mínimas causales, los motivos del desuso de anticonceptivos estuvieron distantes de lo esperado en un primer plano. Es decir, que al contrario de lo que se podía esperar, no era la falta de conocimiento la que determinaba su elección, pues además de conocer los precios, también distinguían al menos cinco tipos diferentes de anticonceptivos, una noción precisa de su uso, dónde se

podían conseguir y cuál a su parecer podría resultar el más conveniente a su persona. Al tiempo de preguntar por qué a la fecha no lo habían conseguido -utilizarlo u obtenerlo-, respuestas como “son muy caros” “no pueden verte” “qué iban a pensar” “me regañarían” “te ven con cara de caliente” dominaron la argumentación de la conversación.

JM: Es curioso, ¿no les parece? Que a pesar de que no esté jurídicamente prohibido, aún es mal visto que ustedes se interesen en anticonceptivos.

Aldo: Una vez, para una exposición de la escuela tuve que ir a comprar unos (preservativos) a la farmacia, yo fui solo porque el gay de mi amigo fue con su mamá y la chava que me los vendió sólo sonrió.

JM: ¿Y eso cómo te hizo sentir?

Aldo: Pues equis, sabía que era para mi tarea porque sino, no hubiera ido.

Este panorama ya no da cuenta de las regularidades de la acción sino de las irrupciones que ahí convergen. Lo que en un principio se vislumbró como un escenario favorable para las/los jóvenes por su respaldo en conocimiento verídico -donde la información se contiene y se protege-, al saber sobre la inoperabilidad sociocultural que detenta el expreso interés por la práctica contraceptiva, se renuncia a ella al menos en forma pública, quedando a la deriva una serie de futuros cuestionamientos que evitan la especialización en el tema y de nuevo dejan en el anonimato de medios privados, su tratamiento.

**Ante la continua mención del preservativo masculino, sus “inconvenientes” y características, decido preguntar...*

JM: ¿No creen que en su caso (mujeres) podrían usar algún método que no necesariamente se coloque al momento para así evitar circunstancias no previstas?

Yazmín: ¿Como los parches?

Ana: Las pastillas

JM: Sería más...

Elizabeth: No porque engordan.

JM: ¿Te dijeron?

Elizabeth: Lo leí en internet.

Analizando el lenguaje utilizado en las respuestas, se observó una innegable apropiación e identificación hacia anticonceptivos específicos por cada participante, o para ser más precisos, según el sexo de quien contestaba. Por ejemplo, los varones no problematizaron bajo ninguna alusión, con el condón masculino y en ciertos momentos llegaban hasta bromear con él. Caso contrario con las mujeres, que si bien no se proclamaron explícitamente en rechazo, se distinguían dificultades propias de su género con su uso. Se sabe que el preservativo masculino tiene ventajas sobre sus similares porque además de ser un anticonceptivo e impedir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, su bajo costo y fácil acceso frente a otros lo hace colocarse en una posición privilegiada; sin embargo, a pesar de que los adolescentes no gozan a plenitud dichas ventajas, afrontan además otras vicisitudes que no se ubican en razón de la funcionalidad, características y/o recomendación médica del condón masculino. Resulta que fue posible percibir cierta resistencia de parte de las mujeres al preservativo masculino por no ser propiamente para ellas; portarlo, conlleva una significación distinta a si lo hiciera un varón. Aunque no fue posible distinguir con exactitud las ideas detrás de este sentimiento de no-pertenencia, sí denotó la importancia de la diversidad de oferta anticonceptiva, pues el uso o desuso de métodos específicos no queda sólo ahí en el campo fisiológico, hormonal y biológico, sino también en el cultural, social y psicológico de la persona.

Secundariamente, se abarcó el embarazo adolescente como un escenario alternativo a la ausencia de la práctica anticonceptiva. El objetivo era incitar a un ejercicio reflexivo sobre el probable comportamiento en una situación de tal envergadura. Como punto de partida se preguntó cómo es que se veía cada participante en diez años, intentando por

medio de sus aspiraciones personales, registrar cualquier tipo de cambio en su forma de concebir la vida cuando la maternidad/paternidad participaba durante el proceso.

La respuesta homogénea fue el desconcierto; no existe ningún protocolo unísono ante la eventualidad del embarazo. La inseguridad y el titubeo ante la incertidumbre de una mala respuesta se hicieron presentes. Sólo dos aspectos antes vistos, llegan a entrecruzarse: el comportamiento anónimo y la toma de decisiones desde el interior del grupo. En las casi dos sesiones entonces recorridas, por primera vez existen contestaciones dudosas, enunciaciones que finalizan con un *¿no?* cuestionable, interrogación que parece buscar aprobación.

Es entonces cuando la censura al ejercicio de su sexualidad pareciera ejercer de nuevo presión pero bajo distintas modalidades. Independientemente de que se aprecia que a las/los jóvenes se les educa prioritariamente para no embarazarse y no para actuar con uso de razón y responsabilidad, aceptan de manera culposa las consecuencias sin cuestionar las causas. Se someten a todo lo negativo que se deriva de las relaciones sexuales entre pares, a pesar de que con sus mismos argumentos anteriormente habían defendido su comportamiento. Con la frase “hacerse responsable” cubren toda acción posterior que no admite otra posibilidad, talvez de negociación, explicación y confesión hacia algún pariente adulto o figura de autoridad. Cabe mencionar que “hacerse responsable” no tuvo obligatoriamente connotación positiva; por ejemplo, hacerse responsable puede ser en el mejor de los casos, optar por la mejor de las peores medidas posibles según su parecer; en el peor, admitir un evento o situación en perjuicio de su persona. Ambas siempre en acuerdo mutuo de la pareja con la finalidad de mantener hasta las últimas instancias posibles su conducta oculta.

Ana: Hay que pagar un precio...

JM: ¿Un precio de qué?

Miguel: Pues de lo rico que se siente (risas) Que valga la pena ¿no?

3. Aborto e ILE

¿Qué piensas de la interrupción del embarazo?	
Respuestas/Alusiones	Observaciones clave
<p>Miguel: Cada quien. (Aprobación) Juan: Según la personas (Aprobación) Ana: Una válida solución para enmendar un error (Aprobación) Elizabeth: Decisión personal de la mujer (Aprobación) Lalo: Que está bien sólo si los dos están de acuerdo (Aprobación) Yazmín: Está mal si se hace por gusto [...] sólo en caso extremo (Aprobación condicionada) Aldo: No asistió a esta sesión.</p>	<p>La percepción hacia la interrupción del embarazo cambiaba drásticamente cuando venía precedida de la palabra aborto. Además de resultar para las/los jóvenes auditivamente incómoda, llegaba a modificar por completo su marco referencial. El claro ejemplo fue el caso de Yazmín:</p> <p>Yazmín: Yo si pararía el embarazo pero jamás abortaría.</p>
¿Sabes sobre su estado penal?	
<p>Grupo: Legal hasta los 3 meses (12 semanas)</p>	<p>Reconocen sin problemas la actual despenalización.</p>
¿Qué pensarías de una pareja que optara por interrumpir su embarazo?	
<p>Miguel: Con que los dos estén de acuerdo está bien. Juan: Pues nada porque tendría que saber por qué lo hacen. Ana: Es decisión de ellos porque ellos son los que serán padres. Elizabeth: Pues si se embarazó y no quiere tenerlo a su hijo entonces realmente no quería embarazarse y es mejor que no tenga un hijo al que no quiere, que lo tenga a la fuerza. Lalo: Decisión difícil. La mujer es la que tiene que estar más de acuerdo. Yazmín: Todo depende de por qué lo hacen pero sólo ellos saben, así que no puedo saber si estuvo bien o mal [...] si debería ser un derecho de la mujer porque ella es quien se va a embarazar.</p>	<p>Mencionar que cuando se formuló esta pregunta, intencionalmente no se especificó la edad de la pareja en cuestión para no influir sobre las contestaciones, aun así, las/los jóvenes se encargaron en proyectar a una pareja de condiciones similares a las suyas, donde en general, preservaron el derecho de decisión de la pareja y la subjetividad de las razones personales que incitaron a la decisión misma.</p>

¿Qué harías si en este momento pasaras por tal evento?	
<p>Miguel: Pues primero preguntarle a mi vieja si lo quiere tener y ya depende lo que me diga pues veo qué hago [...] conseguir varo o lo que me diga.</p> <p>Juan: Si ella quiere yo también.</p> <p>Ana: Es que yo sé que por ejemplo a mi abue no le gustaría porque ya la he escuchado pero de todos modos pues haría todo para hacerlo y que ella y mi mamá no supieran.</p> <p>Elizabeth: Buscaría la mejor opción para que pudiera hacerlo [...] un lugar no tan caro o algún conocido que me pueda ayudar.</p> <p>Lalo: Iría con mis hermanos [...] algún consejo, dinero.</p> <p>Yazmín: Pedir dinero a primas [...] en internet ver qué se puede hacer y si hace falta dinero pues que él ponga la mitad. Yo había escuchado que más o menos anda en cinco mil.</p>	<p>Se aprecia un claro desconocimiento sobre el servicio de la ILE en el Distrito Federal (su gratuidad), además de falta de orientación sobre las medidas a seguir en un caso similar en aras de la protección de la integridad de su persona, ya que independientemente de la decisión tomada, el propósito radica en “solucionar el problema” sin importar el cómo y dónde. En las mujeres, es evidente que su preocupación no sólo radica en la falta de dinero o ayuda necesaria sino también en que todo procedimiento quede lo más oculto posible.</p>

Se abarcó exclusivamente en la tercera sesión el aborto y la interrupción legal del embarazo evitando el choque entre respuestas derivadas del aprieto disociativo entre temas íntimamente relacionados. El objetivo era incitar pensamientos que proveyeran la riqueza de las representaciones que se obtienen en función de la aún reciente despenalización del aborto frente a conceptos socioculturales bien determinados como la maternidad/paternidad.

Cuidando el uso indiscriminado de la palabra *aborto*, así como de cualquier intención de confundir y exponer a las/los adolescentes a la ya polémica discusión de la permisividad social de la interrupción del embarazo, se prestó atención a qué tanto podían distinguir las características de uno y otro, y bajo esa medida qué tan interiorizado tienen la interrupción, en tanto una posibilidad latente a su vida sexual/reproductiva determinada por la exposición al riesgo de un embarazo no deseado.

Con la única certeza grupal sobre el estado legal de la interrupción, la conversación fluida de las primeras sesiones se descompuso en constantes pausas, silencios y preguntas al moderador que denotaban la incertidumbre esperada de un tema poco recurrido. En él, no había acuerdo implícito ni reflexiones exclusivas al grupo. Las respuestas se convirtieron en puntos de vista unipersonales que en más de un par de ocasiones buscaban gestos de aprobación de compañeros cercanos. En el transcurso de las entrevistas, se tuvo que incitar con pequeños ejemplos, la opinión de las/los participantes, pues al saberse cada uno sin la “respuesta correcta” se amedrentaban discursivamente hablando, esperando que el o la siguiente tuviera mejor suerte con algún comentario que gozara de la coherencia y sustento necesario para ser imbatible. A diferencia de la anticoncepción y el embarazo adolescente donde también no había respuestas únicas que legitimaran el comportamiento –como el caso de las relaciones sexuales/coitales– comprender que el aborto es ilegal bajo ciertas circunstancias influía en la cavilación del uso de la palabra *aborto* y sus derivaciones.

Hablar respecto al embarazo en las sesiones anteriores había sido sencillo, ya que intencionalmente no se había hecho comentario relativo a la interrupción -aunque en más de una respuesta se aludió a él-. Parecía que para ellos/ellas era mejor evitar el tema, es decir, el embarazo no era un fenómeno que requiriera una doble reflexión, o se aceptaba voluntariamente el producto o se pensaba en otra solución, que no se especificaba puesto que al final de todo era sólo un ejercicio hipotético. *¡Qué necesidad de exponerme –pensarían- en algo que no se me cuestionó!* Sin embargo, al poner en la mesa la interrupción del embarazo, no hubo otra salida que afrontar la pregunta hecha.

Elizabeth: ¿Interrupción del embarazo? O sea... ¿cómo?

(Silencio)

Juan: ¡Pues sacarte el chamaco!

Elizabeth: ¡Ah! ¿Desde el principio o ya después?

JM: ¿Qué es lo primero que piensas cuando escuchas “interrupción del embarazo”?

Elizabeth: Una mujer que no quiere tener un hijo.

JM: Bueno, ¿qué piensas de ello?

Elizabeth: Que ha de ser por algo, pero ya ella ¿no?

Juan: Que muchas veces las mujeres ya no quieren tener más hijos

JM: En caso de ser el primero...

Juan: ¡Híjole! Está difícil porque [...] sólo las mujeres saben qué es eso.

JM: No crees que el varón también tenga responsabilidad en la decisión, digo, en la mayoría de los casos sin él, el embarazo no hubiera sido posible.

Juan: Si fuera yo grande igual y sí, pero ahorita tampoco quisiera un hijo.

JM: Entonces ¿qué opinas?

Juan: Pues ya según de la persona.

Para superar el trabazón discursivo que comenzaba a producir un efecto nocivo en la expresividad de las identidades sexuales –en ese punto muy bien distinguidas- se pidió que externaran su sentir si una pareja de adolescentes decidiera interrumpir su embarazo. Como resultado, se obtuvo la invención de situaciones donde a pesar de que las/los jóvenes evadían ser el sujeto de sus oraciones, era notoria su empatía con la decisión y las historias que ellos mismos habían creado sin que se les solicitara. Evidentemente el ejercicio fungió como válvula de escape de sus creencias, miedos e inquietudes que desprende un evento de la talla de un embarazo no esperado.

Miguel: Una cosa es querer echar pata (relaciones sexuales) y otra es ser papá.

JM: Pero una puede derivar en la otra.

Miguel: Si pero puede ser que ellos por algo no pudieron protegerse o no se protegieron bien.

Ana: Sí, todos se pueden equivocar alguna vez.

JM: ¿Entonces en una situación de ese tipo qué es lo más importante?

Ana: La confianza / Lalo: Que defiendan su decisión, no importa cual sea.

Posteriormente, tratando de identificar los recursos con los que hoy por hoy un adolescente cuenta para afrontar la contingencia de un embarazo no esperado, fue al grupo a quien se le situó en dicho contexto. Encontrando más allá de las reacciones esperadas (dificultad para construir ideas claras y concisas, trastabilleo de la comunicación oral y contención del proceso subjetivo de expresividad en general) prevalecieron aspectos triviales que desviaron el análisis de la cognición e ignominia de la sexualidad adolescente a meras cuestiones pragmáticas. Las/los participantes coincidían que la decisión de interrumpir un embarazo era propia de la pareja involucrada, no obstante, cuando se invirtió el cuestionamiento hacia ellos, todo, absolutamente todo trascendía según la falta u obtención de dinero.

Lalo: Yo acudiría con mis hermanos

JM: ¿En qué te ayudarían?

Lalo: Pues de entrada con una lana

Yazmín: Le pediría prestado a mis primas

JM: ¿Y después?

Yazmín: Poner chonguitos para que todo salga bien

JM: ¿Qué sería para ti que las cosas salieran bien?

Yazmín: Que no se enteraran...mis papás, mi familia.

Tras lo observado, se distinguió un “sí” implícito en sus respuestas que admitía la interrupción como una posibilidad; además, el dinero se presenta como un recurso que al menos en este caso puede solucionar, según su perspectiva, el problema que deriva de un embarazo no deseado. No obstante, cabe resaltar que aún en estas hipotéticas circunstancias suscritas predomina con mayor fuerza el empeño por

mantener en la clandestinidad su actuar, pues ahora más que nunca, resulta vital para su identidad social conservar el anonimato.

Ana: Contarle a mis papás sería lo último que hiciera porque después ya no me tendrían confianza y no me dejarían salir ni hacer nada.

Para terminar, se hicieron dos preguntas complementarias antes de que se les brindara una plática sobre la despenalización del aborto, sus características, aspectos importantes, así como la atención a cualquier duda o recomendación solicitada concerniente a los temas vistos en las tres sesiones que estuviera al alcance de mis conocimientos. Satisfactoriamente, las y los jóvenes se mostraron plenamente interesados, en gran parte por lo singular de los últimos ejercicios reflexivos que dejaron en el grupo una especie de expectación sobre lo que deducían que uno como investigador sabía que ellos/ellas no.

¿Qué posición crees que la gente cercana a ti (familia, amigos, conocidos, etc.) tomaría si decidieras ser padre/madre?	
Respuestas/Alusiones	Observaciones clave
<p>Miguel: Me cagarían por completo. Mi papá me metería a trabajar [...] así lo hizo con mi hermano.</p> <p>Juan: Se sacarían de onda [...] primero me castigarían pero yo creo que después me echarían la mano.</p> <p>Ana: Tendría que casarme y lo más seguro es que me fuera a vivir con la familia de mi novio.</p> <p>Elizabeth: Mis papás hablarían conmigo, sobre todo mi hermana supongo que para que cambie de decisión.</p> <p>Lalo: Pues nada, tendría que entrar a trabajar y hacerme cargo yo porque mi familia no es de esas que me ayudarían con el bebé [...] no me corren de la casa pero si quiero vivir ahí todos juntos pues tendría que trabajar.</p> <p>Yazmín: Mi mamá me regañaría pero yo creo que después me ayudaría para solucionarlo y que no se entere mi papá porque me iría mal.</p> <p>Aldo: No asistió a esta sesión.</p>	<p>El motivo de esta pregunta fue para conocer que tan interiorizado tienen la posible reacción de sus familiares en caso de un embarazo, que ante tal evento son estas ideas las que ejercen presión sobre el comportamiento y determinan la decisión última. En este caso, expresan saber tanto la reacción emocional (enojo, desacuerdo, indiferencia) como las futuras consecuencias. Si bien no se sabe si éstas serán efectivas, lo importante es que al menos para ellos/ellas esas ideas son una realidad en tanto que influirá en una acción concreta de efectos tangibles.</p>

Consideraciones finales.

El producto final del trabajo fue en mayor proporción, la identificación de un lenguaje propio al grupo que efectivamente, permitió corroborar la necesidad de contemplar modificaciones en las políticas y reformas en materia de salud y educación sexual y reproductiva en adolescentes. Lenguaje puesto que los significados derivados de los múltiples comportamientos, pensamientos e idealizaciones sobre los temas abordados que tuvieron lugar durante el desarrollo de las entrevistas, estuvieron distantes del espectro racional y explícito de los testimonios u opiniones de cada participante, y al dominio de la interpretación de las experiencias subjetivas y su traducción a campos que son propios al análisis sociológico de la presente investigación. Aunque las respuestas explícitas se preponderan por sí mismas (alto costo de preservativos, desacuerdo con los actuales criterios en torno la sexualidad adolescente y las rigurosas modalidades para sancionarla) sociológicamente son decisivas aquellas que operan para la acción social del individuo pero que se mantienen distantes de su voluntad y en ocasiones ignoradas por él mismo. Antes de mencionar los casos de tal naturaleza, me gustaría nombrar dos cuestiones sobresalientes que contextualizan la riqueza de los resultados obtenidos.

- Al contrario de lo que se piensa sobre la tradición por conservar la sexualidad como dominio privado de las personas, las/los adolescentes expresaron un manifiesto interés en ser escuchados, al grado de valerse en ciertos momentos, de la función del moderador a portavoz de asuntos que a su consideración no son atendidos con la exigencia requerida.
- Aún cuando se pronosticaba que los contenidos de cada sesión reflejarían la múltiple diversidad que la subjetividad sexual provee en la realización de experiencias en función al género de quien las vive, la adscripción del problema se redimensiona cuando se emplea la adolescencia como categoría analítica. Este filtro

interpretativo permitió distinguir que frente a la modernización de los discursos actuales sobre género, aún persisten aquellos que demeritan las prácticas sexuales entre personas de dicha etapa. La concepción sobre las identidades que validan el comportamiento entre unas y otros no admite las diferencias entre géneros como determinante intrínseco de la expresión del deseo; esto es: para estos jóvenes, no existe problema alguno sobre si el saber sexual es poco o mucho, si es femenino o si es masculino. El orden del ejercicio sexual se valida a través de la pertenencia al grupo. Es por su parte, el carácter de prohibición que sí ejerce un cambio radical en la experiencia individual de erotización y práctica sexual tanto de mujeres como de varones. Dicha restricción determina qué debe sentir el sujeto: cómo y cuándo debe de sentirlo. Sólo después de haberse establecido los parámetros anteriores, los conflictos entre géneros brotan en los discursos subjetivos de las/los participantes. En otras palabras, se logra percibir la normalización de comportamientos asociados a la identidad sexual a través de la diferenciación de la condición social del sujeto y por tanto de una especie de manual de acción para la persona que fijará preferencias u orientaciones en su vida sexual.

Para ejemplificar lo decisivo que resulta ser el estado restrictivo del ejercicio sexual adolescente y retomando a su vez los casos antes mencionados, ajenos a la voluntad y al reconocimiento que repercuten en un sentido real en la acción del sujeto, mencionaré sus derivaciones más significantes.

Exposición a un alto riesgo. Se imposibilita cualquier escenario digno para su persona, debido a la azarosa existencia de espacios convenientes para ejercer libremente sus derechos sexuales y reproductivos (no olvidar que en éstos últimos también se encuentra el derecho a ejercer la sexualidad sin fines reproductivos). La prontitud que

conlleva su realización afecta notoriamente la oportunidad de elegir conciente e informadamente:

1) *Relaciones Sexuales*: Consumadas a la deriva del accidente del tiempo y lugar provisto. Concuerdan que en tanto que el encuentro no es posible planearlo, la oportunidad relega las condiciones del espacio y el uso de anticonceptivos a un segundo plano por la obtención del placer.

2) *Anticonceptivos/Embarazo adolescente*: Se impide la mínima especialización en oferta anticonceptiva al adolescente pues en principio, no deben por qué interesarse de sobremanera en ellos, debido a que la edad no lo amerita. En cuanto al embarazo, hacerlo del dominio público, se erige como la última decisión posible. En el periodo entre que la pareja se sabe embarazada y la medida última, reinan las prácticas clandestinas caracterizadas en su mayor parte, por basarse en información no verídica. La preocupación a que la familia se entere del acontecimiento es mayor que enfermar o sufrir graves consecuencias por los procedimientos –caseros en ocasiones- a los que se someten.

3) *Aborto/ILE*: Conciben que la interrupción del embarazo, es viable sólo a través del dinero, motivo por el cual no problematizan más allá de la obtención de una cantidad específica que les permitirá acudir a una clínica privada, ya que logran evadir la participación de sus responsables y a su vez, salvaguardar su integridad psicosocial al mantener en secreto lo concluido. No obstante, el dinero no es impedimento pues actualmente el servicio es gratuito para aquel que lo solicite en hospitales o clínicas de salud pública, más sí es necesario en caso de ser menor de edad, la autorización del padre, madre o tutor responsable de la mujer. Si la discreción no es posible, luego entonces razones de sobra tendrán para optar encubiertamente por procedimientos que se encuentren fuera de la ley, en circunstancias adversas y en condiciones desfavorables.

Aunado a lo anterior, el otro fenómeno identificado, fueron las fuentes de información que rigen el pensamiento e impulsan conductas concretas de los y las adolescente mediante la instauración de premisas y creencias que legitiman entre el grupo, prácticas cruciales que configuran sus futuras experiencias sexuales. Era previsible reconocer al menos dos fuentes, una ubicada en la educación formal que la escuela les proporciona, basada en principios científicos, preponderantemente biológicos y fisiológicos de la persona. La otra, sin representante institucional, ubicada en el entramado social de las relaciones interpersonales se define como un saber sexual que asigna atribuciones a la dinámica subjetiva de la sexualidad, sea en creencias, mitos o realidades, benéficos o perjudiciales al individuo, obtiene cierta autonomía al derivarse del consejo u opinión de personas o grupos cercanos al sujeto. De estos dos tipos de saber, se sumó un tercero, que no sólo llegó a ser concluyente para el análisis sino que centró la atención en los modos en que convergen y cohabitan los tres en el proceso de erotización y ejercicio sexual del adolescente. Como tercera fuente, la Internet, se exhibe como una moneda de dos caras que si bien alberga una infinita diversidad de información verídica, su mal uso puede derivar en todo lo contrario, con graves consecuencias.

En este contexto, lo significativo se resuelve a través de la relación tripartita que se establece, ya que las tres fuentes llegan a operar de manera simultánea y hasta de forma contradictoria; prevalecerá una sobre las otras en la medida en que resulte conveniente para su persona al estar frente a una circunstancia determinada. Sin embargo, esto no indica que el sujeto esté actuando de manera correcta; a diferencia de tiempo pasado, el fenómeno que aquí se trata, difiere de una persona desinformada, sino de una mal informada. El hecho de que la familia, la Iglesia, el Estado (si es que así llega a ser el caso), grupos conservadores y algunos sectores de la sociedad no estén de acuerdo con la educación sexual para adolescentes, no significa que éstos libren los constantes flujos de información que a su parecer los capacite para

una vida sexual activa. Obviamente el riesgo a la irrupción de una formación sexual saludable en estas condiciones, es alto.

Todo esto ha derivado en un ambiente de confusión para ambas partes, la discordancia es notoria por donde se le mire. Hoy en día, las/los jóvenes no saben a ciencia cierta, la edad “correcta” para llevar a cabo el ejercicio de su sexualidad. El cabildeo (que por sí mismo es preocupante) refleja no sólo la ausencia de un consenso grupal, es decir: *dicen que hasta que nos casemos pero creemos que la mejor edad es...*, sino también, una fuerte correlación entre la asimilación de las relaciones sexuales y la reproducción como una inminente consecuencia. En parte, porque el goce sexual razonado no existe como discurso, sólo se percibe la satisfacción del deseo y la relación coital como acto representativo. Intentando describir sistemáticamente los hallazgos neutralizando la diversidad de respuestas, queda especialmente definido lo que no saben de lo que sí. Si puede existir un elemento de cambio, ese es la mayoría de edad; al parecer, debido a que explícitamente no fue nombrada como tal, esta edad implica para ellos un estado de derecho al que poco importa si es justa o correcta la conducta que defiende, al menos en ese estado se perciben protegidos.

En cuanto al aborto adolescente -disímil al de personas adultas- se erige como la sexualidad patológica, la educación fallida y particularmente en el caso de las mujeres como el declive de su integridad femenina, por evidenciar su “impureza” como mujer y renunciar a la vez al “don divino del instinto materno”. La muestra fidedigna a este tipo de moralidad, fue que durante las entrevistas, no se le atribuía importancia a la anticoncepción después de la realización de un aborto, en tanto que ésta pareciera no devolverles su honradez como individuo ante la sociedad, cuando es a ellas a quien se les debería poner mayor atención debido a que queda aún por delante un largo periodo de fertilidad y con cada aborto realizado, las probabilidades de enfermedad y muerte materna aumentan.

La cultura sexual de la abstinencia y la educación del silencio ha demostrado no tener resultados favorables. Se espera que las/los jóvenes resuelvan situaciones casi de forma perfecta con los mínimos recursos o en su caso, sin recurso alguno. El dictamen final es “**no deben**”, ¿por qué? aún no lo saben. Ante tal panorama, tenemos por delante una especie de apoteosis del sexo en la que es fácil verse involucrado en edades cada vez más tempranas, exigiendo de los padres, madres y tutores un sobreesfuerzo en el cuidado y la dilucidación de cierto tipo de información, en aras de que las y los adolescentes no sólo actúen con razón de causa sino de forma responsable, libre y equitativa.

La educación sexual dominante, la del oportunismo, la tergiversada, la incompleta, hace disponer a las y los menores de una realidad que dista en gran medida de las funciones exactas de sus cuerpos; ante tal panorama, la cultura de la prevención está aún lejana para ellas/ellos y por tanto las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, los índices de morbilidad e insalubridad sexual están a la vuelta de la esquina.

De acuerdo con la información recabada, es preciso seguir indagando sobre las consideraciones que convergen en la construcción social de la sexualidad adolescente. Desde una perspectiva metodológica, es válido cuestionarse a cerca de las limitaciones de los análisis cualitativos, de los modos en que se interpreta y se aprehende las experiencias subjetivas, sus significados y sentidos; la veracidad de los testimonios y las naturales resistencias individuales que contravienen en el acercamiento de la vida interna de las personas. No obstante, sean validadas o no las presentes interpretaciones, existe en el mundo exterior un realidad social latente imposible de negar.

CONCLUSIONES

Por paradójico que pueda parecer a estas instancias del trabajo, reconozco tener más puntos de partida que de arribo respecto al debate del ejercicio de la sexualidad en la adolescencia y el embarazo no planeado/esperado como un espectro relacionado a éste, que tiende a difuminarse en la clandestinidad de su propia naturaleza. La interpretación sociológica de este fenómeno multifactorial ha sido compleja y un tanto evasiva, y no lo digo por ausencia de trabajos de investigación hacia el tema sino porque en el transcurso de su comprensión, se trastocan asuntos tabú, carentes aún de aprobación en el imaginario colectivo de nuestra sociedad. Entre ellos, están los relacionados a la equidad entre géneros, la salud sexual en la adolescencia como un problema público, la vulnerabilidad social de las y los adolescentes y la pobreza como un factor que agrava dicha exposición, los estereotipos masculinos en las relaciones heterosexuales como determinantes para la conservación de desigualitarias paternidades, por ejemplo, aquellas que sólo aluden a la capacidad reproductiva; la anticoncepción (relaciones sexuales no reproductivas) y el aborto.

Precisamente estas son las razones que me motivan a plantear nuevos desafíos y pensar esta conclusión como la culminación de un primer esfuerzo. No obstante, se pudo comprobar que la ley de la interrupción legal del embarazo, en tanto una medida concerniente a la maternidad libre e informada, es pieza clave para el sano desarrollo sexual y reproductivo de las personas, sobre todo de las mujeres. Al no contemplar este tipo de políticas públicas a las características psicosociales de la población adolescente que garantice el acceso a este y otros servicios de consejería y salud sexual, se infringe un grave daño a sus derechos, a su cuerpo, a su salud y a su vida.

Habiendo dotado de formalismo a este trabajo al comprobar la hipótesis propuesta, me gustaría continuar con una serie de

consideraciones finales para evitar conclusiones a manera de máximas normativas que dificulten soluciones concretas. Con esto, haremos a un lado dictámenes que promuevan el aumento de programas de educación sexual como el único gran recurso de cambio puesto que si bien es importante que los haya, hemos demostrado que el “problema” es que las y los adolescentes proceden en su vida sexual de una u otra forma por un factor común: la desaprobación social hacia el ejercicio de su sexualidad. Esta desaprobación ha trascendido el ámbito público y privado de las vidas de las personas, afectando toda política o programa referente. Basta con echar un vistazo a los datos estadísticos nacionales, que han llegado a representar un arma de doble filo en las interpretaciones del debate, primeramente porque la información recabada apunta a jóvenes que han llegado a las clínicas de salud para ser atendidos, es decir, el evento ya ha ocurrido; además no posibilitan la medición del riesgo al que la o el adolescente estuvo expuesto, ni contempla aquellos casos que pudieron resolverse fuera del sector salud pero que no por ello dejaron de ser graves para las personas involucradas. Y segundo, los datos estadísticos dejan la labor sociológica relegada a un segundo plano, y aquí debo de aclarar que no pienso que los métodos cuantitativos sean inútiles, pues son ellos los que ofrecen bosquejos de mayor precisión, sino porque carecen de certeza e inmediatez cuando el objeto de estudio se desenvuelve en el anonimato, llegando a obtener únicamente información sesgada y tardía. El investigador entonces, no tiene más que convertirse en una especie de profeta de tendencias sociales basado en las características sociodemográficas de los casos estudiados, véanse como ejemplo los trabajos concernientes al aborto de mediados del siglo XX en el país.

El abandono social derivado de la censura al que las y los jóvenes deben hacer frente en su vida sexual, repercute en conductas que se desenvuelven entre el desconocimiento total y la información equívoca, motivo por el cual es sumamente aventurado vincular comportamientos sexuales a causas específicas, al menos así se pronostica al observar que las y los adolescentes no deciden a través de sus intereses sino de

sus posibilidades. Visto lo anterior y partiendo del contenido del trabajo, podemos concluir que es de suma importancia la interpretación que se le dé a la aún escasa información recabada del servicio de interrupción del embarazo y los diversos análisis de las experiencias que de él y de otros servicios de salud sexual y reproductiva se desprenden. Aunque resalto al aborto por la polémica que ha generado, sobre todo en la capital del país donde la voluntad de la mujer es suficiente para practicársele y por tanto los primeros resultados han estado en el “ojo del huracán” de la opinión pública, es trascendental la perspectiva utilizada al poner en cuestión supuestos relacionados a aspectos tan delicados de la vida de las personas, y es que ante la falta de antecedentes es realmente sencillo caer en falsas conjeturas. Entre aquellos que aseguran que la ley de interrupción del embarazo ha provocado un aumento en el número de abortos como los otros que piensan que la educación sexual a tempranas edades deviene en una precoz y promiscua vida sexual, se erigen verdaderos problemas que necesitan más que un posicionamiento moral.

Si bien las últimas cifras de la ILE¹¹² son por sí solas interesantes, a estas alturas considero que no deberían tomarse sino como un primer esfuerzo de registro que permita ir construyendo un esquema de desarrollo de políticas o programas de salud y educación. Mientras tanto, no queda más que seguir con investigaciones concernientes a la sexualidad adolescente en aras de perfeccionar las herramientas metodológicas para analizarla debidamente, dejando atrás nuestras preconcepciones por más atinadas estas sean. Por lo que respecta a esta investigación se propone:

¹¹² En: https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1397&lang=es
Última revisión octubre, 2013

***Servicios de consejería y prevención.**

No existe en la actualidad, un referente para las y los adolescentes de atención, en donde pueda acudir para recibir orientación acerca de su vida sexual. Aunque en forma, las Unidades de Medicina Familiar del Seguro Social ofrecen asesoría en sus servicios de planificación familiar, no cumplen en función labor alguna para la población adolescente sino hasta después de algún embarazo. Proveer a las escuelas este tipo de servicios se entendería como una medida pertinente al deseo de contribuir al desarrollo no sólo en el ámbito escolar sino también en el físico y sexual de las y los jóvenes.

***Adecuación del marco normativo de la ILE.**

Casos como el de Francia, donde la ley de interrupción voluntaria del embarazo IVG (por sus siglas en francés) tiene más de 35 años de haberse promulgado, ofrece servicio para adolescentes sin la necesidad de tener permiso parental alguno, esto con la intención de asegurar el acceso igualitario que salvaguarde la integridad de las mujeres ante cualquier evento; la intervención médica viene acompañada de asistencia psicosocial especializada obligatoria para las jóvenes menores de edad. Este tipo de medidas se apegan a la realidad de la condición y las necesidades de las y los adolescentes, superando las trabas imaginarias que les impiden acudir a un servicio médico al cual tienen derecho, además contribuyen al perfeccionamiento de una política integral que bien podría convertirse en la representante de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

***Campañas/Programas de concientización en búsqueda del reconocimiento de la sexualidad adolescente.**

Sin pretender caer en utopías, considero que un paso esencial para la efectividad de políticas concernientes a la sexualidad adolescente es la implementación de un programa exhaustivo que vincule distintos campos

de la sociedad (medios de comunicación en general, escuelas, centros de trabajo, etc.), en sus márgenes de acción. Descentralizándose del sector salud debido a que ha quedado claro su inoperancia al cumplir predominantemente funciones asistencialistas -no así de prevención ni difusión-, aspecto que ha devenido en una imagen errónea del adolescente, un tanto entre la enfermedad y otro tanto sobre la imprudencia, es necesario incorporar gradualmente a la vida pública el tema en cuestión como una realidad innata a la condición humana de las personas, con altos costos sociales si no es atendida a tiempo. El reconocimiento será paulatino, mas será menos extraño si nos es cotidiano; de esta manera, podremos comenzar a erradicar todo tipo de censura y descalificación que aún prevalece en el debate del ejercicio de la sexualidad adolescente. En lugar de permitirnos pensar nuevas formas de obtención de placer más acordes a las condiciones de las y los jóvenes adolescentes, programas modernos e inclusivos de educación en materia de salud sexual y capacitación a prestadores de servicios públicos que contrarresten los niveles de exposición, esta especie de ignominia social que domina aún hoy en día sobre la vida sexual y el embarazo adolescente, incita el comportamiento anónimo y riesgoso en las relaciones sexuales a edades tempranas, tolera actitudes prejuiciosas del personal de salud en la atención médica como lo es la violencia obstétrica mientras somete a este grupo de edad a críticas cada vez más severas que lejos de facilitar soluciones, fomenta una sociedad menos equitativa.

A manera de desenlace, considero que es complicado fijar los límites de situaciones que se encuentran a la deriva de tan avasallantes componentes. Sin embargo, en el intento de descifrarlos sigo convencido que este fue un buen comienzo.

ANEXO 1

Cuestionario guía

1. Introducción y breve exposición de las características del trabajo.

2. Presentación de participantes.

*Nombre, edad y grado escolar.

3. ¿Qué es la salud sexual y reproductiva?

4. ¿Han tenido relaciones sexuales?

*Uso de método anticonceptivo

*Motivaciones/creencias del uso o desuso

*Narración de la historia.

5. ¿Cuál sería la edad ideal para comenzar una vida sexual activa?

*Origen de la creencia.

*Justificación del por qué a esa edad

En caso de ser la edad menor a 18 años ¿cuáles serían las condiciones necesarias para tener relaciones sexuales?

*Características del encuentro sexual

6. ¿Crees que a tu edad sea válido?

7. ¿Cuántos métodos anticonceptivos conoces?

*Características de funcionamiento

*Lugar de obtención

*Precio

8. ¿Cuál usarías?

*Razones, creencias.

*Accesibilidad

9. ¿Crees que en términos generales la información adquirida en la escuela sea suficiente para empezar una vida sexual?

10. ¿En qué otros lugares/medios recibes información que pueda orientarte en el ejercicio de tu sexualidad?

*Tipo de información

11. ¿Qué opinas de las relaciones sexuales en la adolescencia?

*Mención a prácticas en el noviazgo

12. ¿Sabes de más compañeros que ya hayan tenido relaciones sexuales?

*¿Cómo y por qué lo saben?

13. ¿Cómo te ves en diez años?

*Estado civil

*Nivel educacional

14. ¿Qué opinan del embarazo adolescente?

*Participación de actores externos (familia, el Estado, organizaciones, etc.)

15. ¿Cuál sería una actitud responsable de la chica/chico ante tal evento?

*Comprobación de rituales o códigos de comportamiento preestablecidos.

*Diferencias entre géneros.

16. ¿Tú que harías?

*Relación con la pareja

*Posibilidad de negociación

17. ¿La información que recibes en la escuela te ayudaría en un caso como el anterior?

18. ¿En qué otro lugar has visto información que pueda orientar cualquier tipo de conducta ante un embarazo?

19. ¿Qué piensas de la interrupción del embarazo?

*Estado penal

*Concepción personal del compañero sexual

20. ¿Qué pensarías de una pareja que optara por interrumpir su embarazo?

*Concepción y aprobación sobre el aborto

21. ¿Qué harías si en este momento pasaras por tal evento?

*Observar si hay reacciones genéricas.

22. ¿Qué posición crees que la gente cercana a ti (familia, amigos, conocidos, etc.) tomaría si decidieras ser padre/madre?

*Qué tanta posibilidad expresan hacia la idea.

*Reconocimiento de sanciones.

23. ¿Qué piensas que ayudaría a mejorar la condición sexual y reproductiva de jóvenes de tu edad?

*Propuestas

Anexo 2

Lineamientos e información actualizada para acceder al servicio de la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal¹¹³

Requisitos:

Tener menos de 12 semanas de embarazo

Documentación:

Presentar en el área de Trabajo social, original y dos copias de:

- *Comprobante de domicilio*
- *Identificación oficial (IFE o Pasaporte)*
- *CURP*
- *Acta de nacimiento*
- *Se recomienda un acompañante con identificación*
- **En caso de ser menor de edad, ir acompañada del padre, madre o tutor/a con identificación oficial.*
- *Estudios/análisis avalados por la Secretaría de Salud del DF que determinen el tiempo de gestación. (Si no los tiene, el hospital/clínica deberá realizarlos)*

Nota: Las condiciones en que deberá presentarse la mujer para recibir el servicio dependerán del hospital o clínica donde se realice la interrupción. En algunos casos piden ir en ayunas para realizar algún examen y/o llevar una botella de agua para la ingesta del medicamento.

¹¹³ Fuente: ILETEL (Línea telefónica de apoyo psicológico para la Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal) 17-Junio-2013 13:30 hrs.

Costo

El costo del servicio dependerá de la clínica u hospital al que se acuda. El servicio será totalmente gratuito para aquellas mujeres residentes del Distrito Federal que no tengan otro servicio médico (IMSS o ISSSTE); según la clínica/hospital se pedirá en algunos casos una hoja de gratuidad que podrá ser tramitada ahí mismo con un comprobante de domicilio y una identificación personal. Si se cuenta con seguridad social, el costo y procedimiento estará en función de las reglas internas de la clínica correspondiente.

Aquellas mujeres que residan en otro estado del país, podrán acceder al servicio siempre y cuando paguen una cuota de recuperación accesible y de acuerdo a sus posibilidades económicas determinadas a través de un estudio socioeconómico que realizará una trabajadora social.

Existen tres tipos de clínicas u hospitales en relación al costo y sus respectivos trámites:

- 1. Sin costo, sin necesidad de afiliación (hoja de gratuidad) ni cuota de recuperación.*
- 2. Afilia / Cuota de recuperación*
- 3. No afilia (acepta hoja de gratuidad pero no se tramita ahí) / Cuota de recuperación.*

Clínicas

Actualmente, son catorce las clínicas/centros/hospitales que ofrecen el servicio de la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal.

Lugar	Delegación	Atiende a	Horario	Modo de atención	Acceso
Hospital General Enrique Cabrera	Álvaro Obregón	Mayores de edad	Lunes a viernes a partir de las 7:00 hrs.	Entrega de fichas de 5 a 7 am.	Afiliación – Cuota de recuperación
Hospital General Milpa Alta	Milpa Alta	Mayores de edad	Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 hrs.	Presentarse para pedir cita antes de las 14:00 hrs.	Afiliación – Cuota de recuperación
Hospital General Ticoman	Gustavo A. Madero	Mayores de edad	Lunes a Viernes a partir de las 7:00 hrs.	Entrega de 7 fichas por día	No afilia – Cuota de recuperación (menor a 3,900 pesos)
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	Cuajimalpa	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes a partir de las 7:00 hrs.	Entrega de 10 fichas por día.	Afilia – Cuota de recuperación
Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc	Gustavo A. Madero	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes a partir de las 7:30 hrs.	Entrega de 6 fichas por día.	No afilia – Cuota de recuperación.
Hospital Materno Infantil Inguarán	Venustiano Carranza	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes de 7:00 a 14:00 hrs.	Sin fichas.	No afilia – Cuota de recuperación
Hospital Materno Infantil Tláhuac	Tláhuac	Mayores de edad	Lunes a viernes a partir de las 7:00 hrs.	Entrega de 10 fichas por día.	Afilia – Cuota de recuperación
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	Xochimilco	Mayores y menores de edad.	Lunes a viernes a partir de las 8:30 hrs. o con cita hasta las 15:00 hrs.	Entrega de 6 fichas por día.	Afilia –Cuota de recuperación.
Hospital Materno Infantil Nicolás M. Cedillo	Azcapotzalco	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes de 7:00 hrs. a 14:00 hrs.	Sin fichas. Hacer cita en el hospital antes de las 14:00 hrs.	Afilia – Cuota de recuperación (menor a 3,500 pesos)
Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán	Venustiano Carranza	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes de 7:00 hrs. a 14:00 hrs.	Entrega de 40 fichas por día	Sin costo (sin afiliación ni cuota de recuperación)
Clínica Comunitaria Santa Catarina	Iztapalapa	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes de 7:00 hrs. a 14:00 hrs.	Sin fichas.	Sin costo (sin afiliación ni cuota de recuperación)
Centro de Salud T-III México España	Miguel Hidalgo	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes de 7:00 hrs. a 12:00 hrs.	Sin fichas.	Sin costo (sin afiliación ni cuota de recuperación)
Hospital Ajusco Medio	Tlalpan	Mayores y menores de edad	Lunes a miércoles de 7:00 hrs. a 13:00 hrs.	Sin fichas	Afilia – Cuota de recuperación
Centro de Salud Dr. Juan Duque de Estrada	Venustiano Carranza	Mayores y menores de edad	Lunes a viernes a partir de las 7:00 hrs.	Entrega de 9 fichas antes de las 7:00 hrs.	Sin costo (sin afiliación ni cuota de recuperación)

La ley reconoce el derecho a interrumpir el embarazo después de las 12 semanas si:

- *El embarazo es producto de una violación.
- *El embarazo agrava la salud o pone en riesgo la vida de la gestante.
- * Si el producto presenta malformaciones congénitas.

Anexo 3

Registro fotográfico de la visita a la Clínica comunitaria Santa Catarina de Atención Integral a la Salud Reproductiva

Cercanía del stand con la entrada de la clínica.







Elementos visuales con figuras humanoides que simulan el proceso de gestación





Labor de convencimiento







Anexo 4

Tríptico obsequiado por las mujeres del stand.

Si tienes
problemas por un
**embarazo
inesperado...**
tenemos la
solución.

¡Llámanos!

ABSOLUTA DISCRECIÓN

NUESTROS SERVICIOS SON
TOTALMENTE GRATUITOS

5260 1719
5260 8763

CAM 

**Centro de ayuda para la mujer
latinoamericana, A.C.**

Bahía de la Magdalena 161
Col. Verónica Anzures
C.P. 11300 México, D.F.

**Tipos de Aborto
en México
(ILE)**



Es importante conocer los
diferentes tipos de aborto que
se realizan antes de las 12
semanas de gestación.

Pastillas (Aborto por Prostaglandinas)
AMEU (Aspiración Manual Endouterina)
Legrado (Dilatación y Curetaje)

El feto en las primeras semanas de gestación

Desde el momento de la concepción el nuevo ser humano ya posee toda la información genética que determina sus características físicas, tales como el color del pelo, el sexo, la estructura ósea, etc. Sólo necesitará tiempo, alimentación y un ambiente adecuado para su crecimiento y desarrollo.

Su corazón comienza a latir entre los 18 y los 25 días, la base del sistema nervioso se establece alrededor de los 20 días, a los 42 días el esqueleto está completo y hay reflejos, y a los 45 días se pueden registrar los impulsos eléctricos de su cerebro.

A las 8 semanas se le puede hacer un electrocardiograma y detectar los latidos de su corazón. Si se le pone un objeto en la mano, lo agarra y sostiene. Se mueve en el líquido amniótico como si fuera un nadador innato.

A las nueve o diez semanas entreabre los ojos, traga, mueve la lengua, y si se le toca la palma de la mano, hará un puño.

A las 10 semanas ya posee huellas digitales, el cerebro y todos los órganos del cuerpo ya están presentes. Durante esa etapa, si hacemos cosquillas en la nariz del bebé, éste moverá la cabeza hacia atrás para alejarse del estímulo.

Entre las once y doce semanas se chupa vigorosamente el pulgar y aspira el fluido amniótico.

A las 12 semanas, etapa durante la cual se llevan a cabo la mayoría de los abortos, su cuerpo está completamente formado, sus órganos ya están funcionando y puede sentir dolor.

PASTILLAS

Este método se utiliza, regularmente hasta la semana 8 de gestación.

¿Cómo funcionan?

Las pastillas actúan provocando contracciones y la consecuente expulsión del feto. Algunas horas después de que la mujer ingiere las pastillas, presenta un aumento de cólicos y contracciones, teniendo también sangrado, a veces con tal intensidad que se requiere hospitalización. El dolor abdominal es intenso, más fuerte que cuando sucede un aborto espontáneo. En algunas mujeres su ingestión no provoca ningún efecto, ni siquiera la expulsión del feto. En la mayoría de los casos, sin embargo, la expulsión del feto es seguida de hemorragias que aumentan con el paso del tiempo.

¿Cuáles son sus riesgos?

- Restos del feto o de la placenta pueden haber sido retenidos dentro del útero durante todo este tiempo y haber provocado una infección local.
- A veces, ocurre que se desprenda la placenta, con la consecuente muerte del bebé sin que el bebé sea expulsado. La embarazada piensa que no sucedió nada, no visita a un médico, pero en realidad está reteniendo el aborto

El 2 de febrero del 2005 la Fundación Francesa Tatia Oden, presentó una petición a la FDA (Administración de Fármacos y Alimentos de EEUU), denunciando los graves efectos del uso de estas pastillas para la inducción del parto y para el aborto provocado. La Fundación presentó a la FDA muchísimas firmas de personas que sufrieron graves complicaciones debido al uso de esta droga, o que tenían familiares y amigas que las tuvieron. Nadie les advirtió el peligro que corrían. Entre las causas de complicaciones y muertes estaban además de las muertes maternas y del feto, "sobrestimulación uterina, ruptura o perforación del útero que requirió cirugía, histerectomía (extracción del útero), embolismo del fluido amniótico, hemorragia vaginal severa, placenta retenida, shock, bradicardia (lentitud de los latidos del corazón) y dolor pélvico".

En un artículo publicado en la revista Lancet (Mayo de 1993), se describe el uso de pastillas para realizar abortos en Fortaleza (Brasil), donde se demostró que la sustancia activa de estas pastillas es un abortivo ineficiente, muchas mujeres que lo utilizaron tuvieron abortos incompletos y necesitaron de evacuación uterina.

AMEU

Generalmente se utiliza hasta la semana 9 o 10 de gestación.

¿Cómo funciona?

Consiste en la dilatación del cuello del útero para introducir en él una cánula flexible y aspirar el contenido con una jeringa. El grosor de la cánula y el grado de dilatación depende de qué tan avanzado esté el embarazo.

¿Cuáles son sus riesgos?

- La AMEU no sólo llega a ser peligrosa para la mujer en la realización de un aborto, sino que también lo es para el tratamiento de un aborto incompleto o de una pérdida.
- La evacuación incompleta.
- La perforación uterina
- La AMEU es problemática sobre todo después de las 8 semanas de gestación, debido a la posibilidad de que el útero retenga restos del bebé no nacido y de hemorragias a causa de una succión inadecuada de este instrumental.

LEGRADO

¿Cómo funciona?

Se abre o se dilata el cuello de la matriz con instrumentos llamados dilatadores. A continuación se introduce un aspirador a través del cuello y succiona o aspira el contenido uterino, o también se puede introducir una especie de cucharilla para extraer de forma manual restos del bebé o placenta. El legrado requiere anestesia general o bloqueo peridural (anestésico local en las raíces nerviosas que salen de la columna y que dan sensibilidad de la cintura hacia abajo. Debe ser realizado por un anestesiólogo).

¿Cuáles son sus riesgos?

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, septicemia)
- Laceración (desgarro) del cuello uterino.
- Hemorragias.
- Esterilidad.
- Perforación del útero.
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o post-operatoria).
- Cicatrización del revestimiento uterino (sinequias).

C.S. T-III Beatriz Velasco de Alemán
Av. Ing. Eduardo Molina Esq. Peluqueros
Col. Michoacana
Delegación Venustiano Carranza C.P. 15300
Tels. 5795-4452, 5795-4487, 5789-0432

Clínica Comunitaria Santa Catarina
Nuevo León Mz.318 Lt.9
Col. Miguel de la Madrid
Delegación Iztapalapa C.P. 09698
Tels. 5551-4904, 4551-4898, 1551-4905
Próxima Apertura Enero de 2010

Hospital Materno Infantil Inguarán
Estaño No. 307 Col. Felipe Ángeles
Delegación Venustiano Carranza C.P. 15310
Tels. 5795-4281, 5795-4261,
5795-6764 Fax

Hospital General Enrique Cabrera
Av. Prolongación 5 de mayo No. 3170
Esq. Centenario Col. Ex Hacienda Tarango
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01640
Tels. 1285-7100, 1285-2915,
1285-7196 Fax

Hospital General Ticomán
Plan de San Luis s/n Esq. Bandera
Col. Ticomán
Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07330
Tels. 5754-3979, 5119-4474

Hospital Materno
Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
Gustavo J. s/n Esq. Víctor Hernández
Covarrubias Col. Unidad Francisco Villa
Delegación Azcapotzalco C.P. 02400
Tels. 5394-0565, 5394-0536
Ext. 5114 y 5115

Hospital Materno Infantil Cuauhtec
Emiliano Zapata No.17 Col. Zona Escolar
(Cuauhtec Barrio Bajo)
Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07210
Tels. 5306-2190, 5306-0622, 5306-2747,
5303-5068

Hospital de Especialidades de la Ciudad
de México Dr. Belsario Domínguez
Av. Tiáhuac No. 4866 Esq. Zacatlán
Col. San Lorenzo Tezonco
Delegación Iztapalapa
Tels. 5850-0003, 5850-0002

CENTROS DE ATENCIÓN A LOS QUE PUEDES ACUDIR

Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
Av. Prolongación 16 de septiembre
Esq. Calz. Nativitas s/n Col. Barrio Xaltocan
Delegación Xochimilco C.P. 16090
Tels. 5653-9104, 5676-4993

Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
Av. 16 de septiembre s/n Col. Contadero
Delegación Cuajimalpa C.P. 05500
Tels. 5812- 3269, 5812-0570, 5812-2211 Fax

Hospital Materno Infantil Tiáhuac
Av. Tiáhuac Chalco No. 231 Col. La Habana
Delegación Tiáhuac C.P. 13050
Tels. 5842-3602, 5842-3601

Hospital General Milpa Alta
Boulevard Nuevo León No. 386
Col. Villa Milpa Alta Delegación Milpa Alta
C.P. 12000
Tels. 5844-0649, 5844-1550



Tu salud nos mueve
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal



Xocongo 225 • Col. Tránsito
• C.P. 06820 • Delegación Cuauhtémoc
• Tel. 5132 0900 • www.salud.df.gob.mx



Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

¡Tienes comentarios sobre algún servicio público? ¡Como o
HONESTEL
5062-2222



Interrupción
Legal del
Embarazo

ILETEL
5740 8017

Para ser entregado a las mujeres que cumplan con:

- Firma del consentimiento informado
- Consejería
- Historia clínica
- Resultados de laboratorio
- Ultrasonido
- Confirmación de embarazo intrauterino de **nueve semanas o menos**

Tríplico que la clínica daba al requerir la ILE

Anexo 5

En la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal se usa Misoprostol para:

- Interrumpir embarazos intrauterinos de hasta 9 semanas de gestación (63 días) de acuerdo a la fecha de última menstruación (FUM) y confirmado por ultrasonido.

El Misoprostol es un medicamento eficaz y seguro que induce contracciones uterinas y dilata el cuello del útero.

Contraindicaciones

- Alergia al componente activo
- Sospecha de embarazo extrauterino
- Si usas dispositivo intrauterino (DIU), debe retirarse antes de entregar las pastillas

Signos de alarma

Acude al médico de inmediato en caso de:

- No presentar sangrado después de tomar la segunda dosis
- Empapar 2 toallas sanitarias grandes en una hora por dos horas consecutivas
- Presentar fiebre continua (38°) por más de 24 horas
- Mareo intenso o desmayo
- Flujo vaginal con olor desagradable

LLÁMANOS A LA LÍNEA DE URGENCIA O ACUDE AL HOSPITAL DE LA SSDF MÁS CERCANO

¿Cómo tomarlo?

En dos dosis

1ª. Dosis TOMADA

1 tableta pasarla con agua

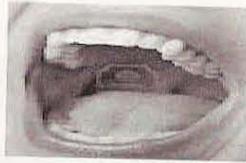
Esperar 24 horas

2ª. Dosis BUCAL*

4 tabletas, dos de cada lado

de la boca.

*Entre el cachete y la encía se disuelven con la saliva, al los 30 minutos tragarse los restos con agua.



1ª. Dosis

1

Tableta

Tomada

X

Esperar

24 hrs

2ª. Dosis

4

Tabletas

bucal

Efectos secundarios

- Sangrado vaginal con coágulos:

Disminuye progresivamente, puede durar 2 semanas con días adicionales de manchado y continuar hasta el siguiente periodo menstrual.

- Cólicos:

El dolor se presenta en las primeras 24 horas después de tomar las pastillas, puede ser mayor al de un periodo menstrual normal.

Se recomienda el uso de analgésicos como: Paracetamol, Ibuprofeno o Ketorolaco cada 6 horas, sin que afecte la eficacia del método.

- Náusea, vómito y diarrea:

Pueden presentarse y normalmente desaparecen el mismo día.

Cita de seguimiento

Acude a consulta de acuerdo a las instrucciones de tu médico.

15 días
No olvides elegir, pedir y usar
TU MÉTODO ANTICONCEPTIVO

En la Ciudad de México,
la MUJER DECIDE
y la Secretaría de Salud del D.F.
garantiza la atención con respeto,
trabajo en equipo y excelencia

Bibliografía

Berger L, Peter y Thomas Luckmann., 2001, La construcción social de la realidad, Amorrortu editores, Buenos Aires.

Cano, Gabriela., 1990, *Una perspectiva del aborto en los años 30: la propuesta marxista* Revista Debate feminista, septiembre 1:2, México.

Centro de Estudios Económicos y Demográficos (Colegio de México), 1981, Dinámica de la población en México. El Colegio de México. 2a ed. México.

De Barbieri García, T., 2004, Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina RMS. Número Especial (LXVI), México.

-----, 2001, "Comentarios sobre normas y valores de la Iglesia católica en la sexualidad y la reproducción", en Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern (coords), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. COLMEX, México.

-----, 2000, Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. Revista Mexicana de sociología, Vol. 62, Núm. 1 (Ene-Mar), México.

-----, 1983, Políticas de población y la mujer. Antecedentes para su estudio. Revista Mexicana de sociología, Vol. 45, Núm. 1 (Ene-Mar), México.

De Beauvoir, Simone., 1989, El segundo Sexo. Siglo XX, México.

De Dios Vallejo, Delia Selene., 2004, Sociología de género, UNAM, FCPyS, CES; FEMU, FIMU, UNMAC, FDIM, México.

----- y Navarro Lara, María Esther., 2004, El feminismo como movimiento social, en Perspectiva de Género, Género y trabajo social, núm. 1; Chávez Carapia, Julia del Carmen coord. ENTSUNAM, Plaza y Valdés, México.

Encíclicas del PP. Pío XI., 1930, Carta Encíclica Casti Connubi Quanta Sit Dignitas.

Estrada, Frederic, Pilar Garí., 2001, "El mundo moderno" en Biblioteca General de Consulta, Ciencias Sociales, Ediciones Nauta, Barcelona.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2001, "El Progreso de las Naciones, 1998", Centro de Investigaciones Innocenti, UNICEF, Matrimonio Prematuros, Innocenti Digest No. 7.

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), 2000, Paulina en el nombre de la Ley. México.

Gran Diccionario de la Lengua Española, 1998, Prólogo de Francisco Rico, Larousse, Barcelona. Impreso.

Gran Historia de México ilustrada., 2001, Vol. V, El siglo XX mexicano, en Marquéz, Graciela. Política económica y modernización, Planeta Mexicana, CONACULTA, INAH, México.

Hume, Maggie., 1997, La Evolución de un Código Terrenal. La anticoncepción en la doctrina católica. 3ª ed., Católicas por el Derecho a Decidir, México.

Hurst, Jane., 1998, La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia católica. 4ª ed., Católicas por el Derecho a decidir, México.

INEGI, 2013, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2011. Metodología y tabulados, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

-----, 2012, Censo de Población y Vivienda 2010. Resumen General, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

-----, 2012b, Encuesta Nacional sobre Dinámica de Relaciones en los Hogares 2011. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

-----, 2011, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Metodología y tabulados, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

-----, 1999, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y tabulados, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

J. Davanzo y D.M. Adarrison., 1998, “La planificación familiar en los países en desarrollo: un éxito incompleto”, en Population Matters Issue Paper, Santa Mónica, RAND Corporation. En Rodríguez Ramírez, Gabriela., 2002, El aborto, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, México.

Kraus, Arnoldo., 2001, “Salud reproductiva: del papel a la realidad” en Figueroa, Juan Guillermo y Claudio Stern (coords.) Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales, COLMEX, México.

Labado, Silvia Nora., 2007, Olympe de Gouges, Ettan Palm, Théroigne de Mericourt, Claire Lacombe. Cuatro mujeres en la Revolución Francesa, Biblos, Buenos Aires.

Lamas, Martha., 2010, “Cuerpo y política: La batalla por despenalizar el aborto”, en Espinosa Damián, Gisela y Ana Lau Jaiven (coords.) Un fantasma recorre el siglo, Luchas feministas en México. 1910-2010. UAM / Itaca, Conacyt, México.

La Santa Sede., 1974, Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración sobre el aborto.

-----, 1965, Constitución Pastoral Gaudium Et Spes Sobre la iglesia en el mundo actual.

Long Towell, Janet., 1996, Comida y Conquista: consecuencias del encuentro de dos mundos, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, México.

M. Acosta, F. Botton-Burla. L. Domínguez., 1976, El Aborto en México. FCE, México.

Marie-Laure Coubès, María Eugenia Zavala de Cosío, René Zenteno, (coords), 2005, "Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: una perspectiva de historias de vida", en Brugeilles, Carole y Olivia Samuel Formación de parejas y vida fecunda en México, Porrúa, México.

Michel, Andrée., 1983, Feminismo. Traducción Juan José Urtilla. FCE, México.

Molina Moreno, C. E., 1977, Aspectos sociales del Aborto FEM Vol. 1, Núm. 2. OMS (Organización Mundial de la Salud), 2005, Informe Mundial de la Salud.

-----, 1998, Informe Mundial de la Salud.

ONU., 1976, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas.

----- 1948, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas.

Patricia Balcázar et al., 2005, Investigación cualitativa, UAEM, Toluca.

Pick de Weiss, Susan., 1979, Estudio social-psicológico de la planificación familiar. Siglo XXI, México.

Real Academia Española., 1992, Diccionario de la Lengua Española Vigésima primera edición, Tomo I. Espasa Calpe, Madrid. Impreso

Reyes, Román (Dir.), 2009, Diccionario Crítico de Ciencias Sociales Terminología Científica-Social, Plaza y Valdés Editores, Madrid.

Rosado Nunes, María José., 2006, “Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto”, en Susana Checa (compiladora) Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad, Paidós, Buenos Aires; México.

Rozenfaig, Diana., 1977, Psicoanálisis y el aborto, en FEM Vol. 1 Núm. 2

Sandoval, Alfonso et. al., 1988, “México: Setenta y cinco años de Revolución”. Vol. I. en Lozoya Thalmann, Emilio Previsión social en México Política e Instituciones. FCE, Instituto de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, México.

Saucedo Gonzáles, Irma y María Guadalupe Huecuz Elías., 2010, “Movimientos contra la violencia hacia las mujeres”, en Espinosa Damián, Gisela y Ana Lau Jaiven (coords.) Un fantasma recorre el siglo, Luchas feministas en México. 1910-2010. UAM / Itaca, Conacyt, México.

Schutz, Alfred., 1995, El problema de la realidad social. Amorrortu editores, Buenos Aires.

Szasz, Ivonne., 2004, “El cambio demográfico y sus implicaciones: Salud reproductiva”, en Zuñiga, Herrera (coord.), Reflexiones sobre la transición demográfica y sus implicaciones sociales. 30 años de política de población, Conapo, México.

-----, Susana Lerner, (comps), Ana Amuchastegui (colab.), 1996, Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad, México, COLMEX-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México.

Summa Theologiae, II III, q. 10, a 11 en Maguire, Daniel C, "Opciones católicas para el debate sobre el aborto. El probabilismo en una sociedad plural" en Conciencia Latinoamericana, Reflexiones éticas sobre el Derecho a Decidir, Red Latinoamericana de católicas por el derecho a decidir, Vol.XIX N° 18, México 2011, p. 21.

Toto Gutierrez, Mireya., 1977, El aborto y la legislación mexicana, en FEM. Vol. 1 Num. 2

Walti Chanes, Carlos., 2000, Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México, Papeles de Población, Vol. 6, Núm. 26, (Oct-Dic), Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Zúñiga Herrera, Elena. Reflexiones sobre la transición demográfica y sus implicaciones sociales: 30 años de política de población. CONAPO, México, 2004.

Fuentes electrónicas

Colegio de Bioética. (Carta dirigida a los integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y a la opinión pública) [en línea]: Última revisión agosto, 2012 en:

www.colegiodebioetica.org.mx/wp/wp-content/uploads/2011/12/17_04_2007.pdf

Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A. C., Experiencia de Fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis desde la Sociedad Civil 2007-2010 [en línea]: Última revisión octubre, 2013 en:

www.equidad.or.mx/images/stories/documentos/fiscalizacion_metanticon.pdf

Garza Villareal, Gustavo. Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX [en línea] Datos, Hechos y Lugares, INEGI: Última revisión agosto, 2012.

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/geografica/ciudades.pdf>

GIRE., 2013, Últimas cifras [en línea]: Última revisión octubre, 2013 en:

https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1

IIJ (Instituto de Investigaciones Jurídicas) Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789, Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos [en línea]: Última revisión julio, 2013 en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf>

INEGI., 2012, Censo de Población y Vivienda 2010. Educación. Asistencia y Deserción [en línea] Última revisión agosto, 2013 en:

<http://www.cuentame.inegi.org.mx/población/asistencia.aspx>

-----, *México en cifras 2010* [en línea]: Última revisión agosto, 2013 en:

<http://www.inegi.org.mx/mexicocifras/>

-----, *ENADID 2009. Metodología y tabulados básicos* [en línea]: Última revisión enero, 2013 en:

www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf

Mendoza Victorino, Doroteo, María Felipa Hernández López, Jorge Armando Valencia Rodríguez., 2011, *Perfil de la salud Reproductiva de la República Mexicana* [en línea] CONAPO: Última revisión octubre, 2013 en:

<http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/216/1/images/1TransicionesdeVidaBIS.pdf>

OMS., 2010, *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)* [en línea] Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud. Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida: Última revisión abril, 2012 en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

-----, 2003, *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud* [en línea]: Última revisión marzo, 2012 en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

-----, 1995, *Complicaciones del aborto: directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento* [en línea] Ginebra: Última revisión marzo, 2012 en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9243544691_spa.pdf.

-----, *Preguntas frecuentes* [en línea]: Última revisión octubre, 2013 en:

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

ONU. (Organización de las Naciones Unidas), *World Fertility Patterns 2007* [en línea]: Última revisión enero, 2013 en:

www.un.org/esa/population/publications/worldfertilityreport2007/worldfertilityreport2007.htm

-----, *Declaración Universal de los Derechos Humanos* [en línea]: Última revisión febrero, 2012 en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

-----, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [en línea] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Última revisión septiembre, 2013 en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

-----, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [en línea] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Última revisión septiembre, 2013 en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Síntesis ejecutiva [en línea] Última revisión septiembre, 2013 en: http://www.ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf

SEP., 2013, Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos, Principales cifras Ciclo Escolar 2011-2012 [en línea]: Última revisión julio, 2013 en: http://www.dgpp.sep.gob.mx/Estadi/principales_cifras_2011_2012.pdf

UNICEF., 2011, Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades [en línea]: Última revisión septiembre, 2013 en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf.

-----, 2001, "Matrimonio Prematuros" [en línea] Innocenti Digest No. 7, en: El Progreso de las Naciones, 1998 Centro de Investigaciones Innocenti: Última revisión julio, 2012 en: <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=291>

-----, World Fertility Patterns 2009 [en línea]: Última revisión enero, 2013 en: www.un.org/desa/population/publications/doc/fertility/fertility-patterns.xls

Otras fuentes de consulta*

Cano, Gabriela., 1990, *La propuesta de aborto de la CTM en 1936*, en Debate feminista, Año I, Vol. 2, México.

De Barbieri García, T., 1997, "Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género", en *Estudios básicos de Derechos Humanos*, Vol. 4, IIDH, San José.

-----, 1993, Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. Debates en Sociología Núm. 18. Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Ciencias Sociales.

Enríquez, Lourdes y Claudia de Anda (coords.), 2008, *Despenalización del aborto en la ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. UNAM-PUEG, IPAS México A. C., GIRE, México.

Espinosa Damián, Gisela y Ana Lau Jaiven (coords.), 2010, *Un fantasma recorre el siglo, Luchas feministas en México. 1910-2010*. UAM / Itaca, Conacyt, México.

Figuroa, Juan Guillermo y Claudio Stern (coords), 2001, *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. COLMEX, México.

González Ramírez, Ángeles y Leticia Serrano Méndez., 1992, *Mujer, aborto y democracia en México*, tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, U. de G., México.

* Me tomo la libertad de incorporar estas otras fuentes bibliográficas al considerarlas como elementos decisivos para la planeación y desarrollo de mi trabajo así como para la comprensión exhaustiva de los temas analizados. Sea por cuestiones de temporalidad, o debido a que trastocan temas con menor correspondencia a los aquí estudiados, o ultimadamente por la obligación de escoger unos entre otros, no fueron citados en el transcurso del trabajo, sin embargo, no quiero perder la oportunidad de manifestar la fuerte influencia que estas investigaciones tuvieron en mi persona; he de reconocer que fueron igual de importantes que aquellas que sí fueron citadas.

Lamas, Marta., 1986, *La antropología feminista y la categoría género*, en Nueva Antropología, Vol. III, No.30, México.

Lau Jaiven, Ana., 1987, *La nueva ola del feminismo en México*, Planeta, México.

Martínez F., Alicia Inés (comp.), 2003, *Mujer, gobierno y sociedad civil: políticas en México y Centroamérica*. FLACSO-México.

Mead, George Herbert., 1972, *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Monsiváis, Carlos., 1991, *De cómo un día amaneció Pro-vida con la novedad de vivir en una sociedad laica*, en Debate familiar, Año 2, Vol. 3, México.

Pedrero Nieto, Mercedes., 1992, *Cinco dimensiones sobre la situación de la mujer mexicana: legal, política, bienestar, trabajo y fecundidad*. UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (Aportes de investigación/56) Cuernavaca.

Rabell Romero, Cecilia y Ma. Eugenia Zavala de Cosío (comps.), 2002, *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*. UNAM-IIS, México.

Rodríguez Ramírez, Gabriela., 2002, *El aborto*, UNAM, Dirección General de Divulgación de la Ciencia, México.

Sánchez Olvera, Alma., 2004, "El feminismo en México. Conciencia de derechos y construcción de ciudadanía para las mujeres", en García Gossio, María Ileana (coord.) *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo: nombrar lo innombrable*. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, México.

-----, "Historia, ideología y praxis del feminismo en México" y Gisela Espinosa Damián., 1990, "Hacia una nueva dimensión del feminismo", en *Cuadernos de investigación*, Ed. Acatlán, UNAM-ENEP Acatlán, México.

Schutz, Alfred., 1995, *El problema de la realidad social*, Amorrortu editores, 2ª ed., Buenos Aires.

-----, Thomas Luckmann., 1977, *Las estructuras del mundo de la vida*. Trad. Néstor Míguez, Amorrortu editores, Buenos Aires.

Stern, Claudio., 2003, "Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso", en *Estudios Sociológicos*, Vol. 21, Núm. 63, México.

Tarrés, Ma. Luisa (compiladora), 1994, *La voluntad de ser mujeres en los noventa*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, COLMEX, México.

Varios autores., 1990, *Mujeres e Iglesia. Sexualidad y Aborto en América Latina*, Católicas por el Derecho a decidir, Fontamara, USA-MEXICO.

Welti Chanes, Carlos., 1995, *La fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad*, DemoS. Carta demográfica sobre México. Núm.8, México.

-----, 1989, *La fecundidad de las mujeres mexicanas. Problema cultural y de salud*. DemoS. Carta demográfica sobre México Núm. 2, México.