

Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos

Susana Lerner
Agnès Guillaume
Lucía Melgar

EL COLEGIO DE MÉXICO
INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

REALIDADES Y FALACIAS EN TORNO AL ABORTO
SALUD Y DERECHOS HUMANOS

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES
INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

REALIDADES Y FALACIAS EN TORNO AL ABORTO

SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Susana Lerner
Agnès Guillaume
Lucía Melgar



363.40972

L5622r

Lerner, Susana, 1940-

Realidades y falacias en torno al aborto : salud y derechos humanos / Susana Lerner, Agnès Guillaume, Lucía Melgar. -- 1a. ed. -- Ciudad de México : El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales : Institut de Recherche pour le Développement, 2016.

422 p. : il. ; 21 cm.

ISBN: 978-607-462-938-5

1. Aborto -- México 2. Aborto -- Leyes y Legislación -- México 3. Aborto -- Aspectos políticos -- México 4. Aborto -- Aspectos morales y éticos 5. Derechos reproductivos 6. Salud pública -- México I. Guillaume, Agnès, coaut. II. Melgar, Lucía, coaut. III. t.

Primera edición, 2016

D.R. © El Colegio de México, A. C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 Ciudad de México
www.colmex.mx

D.R. © Institut de Recherche pour le Développement
Circuito Cultural s/n, Edificio CIPPS - PB
Ciudad Universitaria
CP 04510 Ciudad de México
www.ird.fr

ISBN: 978-607-462-938-5

Impreso en México

ÍNDICE

Introducción	15
Una mirada a la problemática del aborto	15
Voces del debate	21
Estrategia metodológica	26
Sobre el contenido del libro	29
Listas de participantes en las audiencias y en los libros ..	36
Lista de siglas utilizadas	42

PRIMERA PARTE CAMINOS RECORRIDOS

1. El contexto político-ideológico del aborto en México	49
Introducción	49
Primeras voces en torno a los derechos de las mujeres en el siglo XX	52
Perspectiva poblacionista y voces por la despenalización: los primeros setenta años del siglo XX	53
Transición a una perspectiva antinatalista: las décadas de los setenta y los ochenta	56
El feminismo de la segunda ola: reactivación y ampliación de demandas básicas	61
De los años noventa a la actualidad: los derechos sexuales y reproductivos y los retos para la igualdad ...	64
El Cairo, una etapa destacada para la salud y los derechos sexuales y reproductivos	66
Episodios en la defensa de los derechos de las mujeres	68
Pocos avances y retrocesos significativos	72
Retos e incertidumbre	75

2. La reforma de 2007 y las contrarreformas	81
Introducción	81
Acciones por la ampliación de derechos en el D.F.	82
La despenalización del aborto en el D.F.	85
¿Qué cambiaron las reformas de 2007?	90
La ofensiva conservadora y sus consecuencias	94
2007-2008: las acciones de inconstitucionalidad	
y la sentencia de la SCJN	95
La reacción: las reformas antiderechos	
en las constituciones estatales	99
Los abusos de la ley penal: homicidio agravado	
en razón de parentesco	104
Tensiones ¿sin fin?	107
3. El aborto, un proceso complejo: posturas y dilemas	113
Introducción	113
Más allá de las posiciones dicotómicas	114
La posición conservadora: “por la vida” y contra	
los derechos de las mujeres	118
La Iglesia católica: doctrina <i>versus</i> cambio social	119
La postura disidente al interior de la Iglesia católica ...	125
La posición liberal: por los derechos humanos	
de las mujeres, salud pública y justicia social	128
Los partidos políticos: entre la militancia	
por la “vida” y la defensa de las libertades	133
Los jueces y abogados ante el aborto: intérpretes	
de las leyes	140
Los profesionales de la salud. Primer principio	
ético: no dañar	142
La mujer ante los dilemas del aborto: una experiencia	
personal compleja	148

SEGUNDA PARTE

ABORTO Y SALUD: FACETAS DEL DEBATE

4. ¿De qué se habla cuando hablamos del aborto	
y su despenalización?	159
Introducción	159

¿Qué entendemos por “aborto”?	160
La argumentación discursiva en contra	
de la despenalización del aborto	164
Argumentos morales: el mal	165
Apropiación y resignificación del discurso	
de los derechos humanos	172
La responsabilidad del Estado como protector	
de la vida	178
La argumentación discursiva a favor de la	
despenalización del aborto	183
Desde la ética: ni bien ni mal	184
La vida y el bienestar de las mujeres en el marco	
de una república laica	185
Laicidad: derechos sexuales y reproductivos	
como derechos humanos	189
El Estado, garante de derechos	191
5. Impacto del marco jurídico en la magnitud	
y consecuencias del aborto.	195
Introducción	195
El discrepante y diverso marco legal	197
¿Cuál es el panorama de América Latina y el Caribe	
en el contexto mundial?	199
El heterogéneo y discriminatorio marco legal	
del aborto en México	200
El andamiaje de las evidencias empíricas: los diversos	
escenarios legislativos en la prevalencia y alcance	
del aborto	202
Primer escenario: la fuerte diferenciación	
de los niveles de aborto seguro e inseguro	
entre regiones del mundo	203
Segundo escenario: trayectorias contrastantes entre	
países de Europa Occidental y Europa Oriental	208
Una práctica legal permisiva y persistente	
en los países de Europa Occidental	209
La transición de una cultura del aborto	
a una cultura preventiva en los países	
de Europa Oriental	215

Tercer escenario: la persistencia de marcos legales altamente restrictivos en América Latina	219
México: una situación contrastante	223
Los argumentos del debate	225
La incidencia del aborto y su estatuto legal	225
En contra: la despenalización no resuelve los problemas	226
A favor: la penalización agrava los problemas	230
La mortalidad y morbilidad por aborto y su estatuto legal	232
En contra: la despenalización no evita muertes	232
A favor: la despenalización reduce riesgos y daños evitables	235
6. Debates en torno a la relación aborto-salud	245
Introducción	245
Salud y salud pública: dos perspectivas del debate	246
Una visión amplia e integral de la salud	246
La salud pública: del ámbito privado al ámbito público	252
La argumentación discursiva acerca de la salud y la salud pública	256
Por la despenalización: el aborto como problema de salud y salud pública	257
Contra la despenalización: el aborto no es un problema de salud pública	261
7. El derecho a la salud a debate	273
Introducción	273
El derecho a la salud como parte de los derechos humanos	274
La argumentación discursiva en torno al derecho a la salud	277
A favor de la despenalización: el derecho humano de las mujeres a la salud	277
Contra la despenalización: reinterpretaciones constitucionales	281

De la retórica de la ley a su implementación:	
cultura de prevención y acceso a los servicios	285
A favor de la despenalización: prevención	
y justicia social	287
Contra la despenalización: ¿ni aborto	
ni planificación familiar?	292
La prevención en el quehacer de los profesionales	
de la salud	298
8. Aborto inducido y problemas en la salud mental	303
Introducción	303
Acerca del concepto de salud mental	305
La salud mental: un tema del debate	308
¿Realmente existe el “síndrome post-aborto”?	312
¿Existe evidencia científica acerca de la supuesta	
relación entre aborto inducido y problemas	
de salud mental en las mujeres?	315
¿Con qué afectaciones a la salud mental sí puede	
relacionarse la interrupción del embarazo?	322
¿Y si nos preguntamos por los problemas	
de salud mental que acarrea la prohibición	
del aborto?	326
La práctica del aborto como signo de trastorno mental	
y su penalización en México	328
9. Ser mujer-ser madre: maternidad y aborto	335
Introducción	335
La “norma” de la maternidad	335
Contra la despenalización: tradición y ley natural	338
A favor de la despenalización: normas	
que evolucionan	342
Maternidad: ¿elección o deber?	347
Maternidad, cuerpo materno y autonomía de la mujer:	
¿conceptos separables?	349
Ser mujer no obliga a ser madre	351
Derecho a la paternidad: ¿derecho de veto?	352
¿Qué opciones para la mujer ante un embarazo	
no deseado?	359

Consideraciones finales.	371
¿Qué hay detrás de estas posturas y qué implicaciones tienen?	379
Bibliografía	385
Bibliografía citada	385
Referencias citadas	385
Hemerografía citada.	409
Documentales citados	414
Referencias consultadas.	414
Portales de internet	420
Hemerografía	420

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Perfil de los participantes en las audiencias y en las publicaciones por sexo y adscripción de sector, según su posición a favor o en contra de la despenalización del aborto en 2008.	24
Gráfica 5.1. Evolución del porcentaje de aborto inseguro con respecto al total de abortos en las grandes regiones del mundo, según su nivel de desarrollo, en 1995, 2003 y 2008.	205
Gráfica 5.2. Evolución de la tasa de aborto inseguro en América Latina, el Caribe y Europa, en 1995, 2003 y 2008	206
Gráfica 5.3. Tasa de aborto seguro en las regiones de Europa y de aborto inseguro en Europa del Este y del Sur, en 1995, 2003 y 2008.	207
Gráfica 5.4. Cambios en las tasas de aborto legal en cinco países de Europa Occidental, 1982-2010	212
Gráfica 5.5. Cambios en las tasas de aborto legal en nueve países de Europa Occidental, 1982-2010.	213
Gráfica 5.6. Tasas de aborto legal en seis países de Europa Oriental en diferentes periodos	217
Cuadro 5.1. Tasa de aborto total, seguro, inseguro, y porcentaje de aborto inseguro según las diferentes regiones del mundo, 1995, 2003 y 2008	238
Cuadro 5.2. Tasa de aborto legal de algunos países de Europa Occidental en diferentes fechas	239

Cuadro 5.2a. Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de Europa Occidental en distintas fechas	240
Cuadro 5.3. Tasa de aborto legal de algunos países de Europa Oriental en diferentes fechas	242
Cuadro 5.3a. Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de Europa Oriental.	243
Cuadro 5.4. Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de América Latina	244
Cuadro 6.1. Riesgos de mortalidad asociados con el embarazo y específicos procedimientos de salud en Estados Unidos y en países en desarrollo	272
Cuadro 8.1: Reformas al Código Penal en Veracruz, Puebla y Yucatán	331

INTRODUCCIÓN

UNA MIRADA A LA PROBLEMÁTICA DEL ABORTO

Cuando hablamos de aborto, hablamos de una mujer que ha tomado la decisión de no ser madre en ese momento de su vida y ha decidido interrumpir su embarazo, ha pasado por un hondo dilema y ha tomado la decisión que, en su conciencia y para ella, es la mejor, por difícil, dolorosa y arriesgada que sea. Esta mujer tal vez nunca quiso ser madre, tal vez no quiere ser madre, o nuevamente madre, quizá porque no tiene manera de criar, alimentar, educar a un hijo o hija, o no a un hijo o hija más; o no se siente capaz; o no quiere cargar el resto de su vida con un recordatorio de la violación o incesto que ya cambió su vida; o no quiere exponerse a morir o a quedar enferma o con discapacidad por continuar un embarazo de altísimo riesgo que, además, puede culminar con la muerte inmediata de un feto con malformaciones severas. Esta mujer, quienquiera que sea, enfrenta la misma pregunta: ¿cómo terminar su embarazo? Según dónde y cómo viva, tiene la opción de acudir a una clínica y utilizar un procedimiento seguro, retomar su vida y resolver así sus demás problemas; o buscar una clínica clandestina, o usar sus propios medios para salir de esta situación, aunque con ello exponga su vida, su salud y su bienestar. Ella, pues, ha tomado la decisión, pero la sociedad, sus leyes e instituciones son las que le permitirán llevarla a cabo con la libertad y dignidad que merece, o la obligarán a esconderse, a ponerse en riesgo, a enfrentar la posibilidad de morir en ese intento o ser objeto de estigma y severas penalidades.

Hablar del aborto es sacar a la luz la desigualdad e injusticia social en un país donde una minoría puede acceder a un aborto seguro si tiene recursos económicos o si vive en una ciudad donde éste es legal, si encuentra el personal de salud y judicial que le

permita ejercer este derecho, si su situación corresponde a alguna de las causales legales que así lo determinan. Un país con enormes brechas sociales y económicas, con un marco legal abigarrado y funcionarios muchas veces omisos; donde una mayoría de mujeres, jóvenes y niñas, no tienen o no ven más opción que recurrir a una clínica clandestina o a sus propios medios para dar fin a un embarazo traumático. Un país en que el marco legal protege el derecho a la igualdad, a la autonomía y a la salud, más en la letra que en la práctica; donde los agentes del Estado laico han cedido ante el dogma y los prejuicios de grupos ultraconservadores, auspiciados o inspirados por la Iglesia católica o por Iglesias cristianas, dispuestos a coartar los derechos de las mujeres en nombre de una entelequia: el embrión como persona y “el derecho a la vida desde la fecundación-concepción”, como derecho superior si no absoluto. Las consecuencias de la desigualdad y la injusticia, evidentes de por sí en la vida de millones de mujeres y niñas, se manifiestan también en las decenas de muertes maternas y en las miles de hospitalizaciones provocadas por abortos inseguros. No son cientos de miles, pero cada una de esas muertes, discapacidades y enfermedades se habrían evitado si el procedimiento hubiera estado permitido por la ley o si ésta se hubiera cumplido puntualmente. Son muertes y afectaciones innecesarias, que reflejan la indiferencia de legisladores, políticos, ministerios públicos, médicos, clérigos e ideólogos ante la experiencia de vida de cientos de miles de mujeres que año con año optan por abortar y tienen que hacerlo muchas veces con altos costos, económicos y personales. Son ellas y sus familias quienes principalmente enfrentan estos costos, pero esta práctica y sus consecuencias afectan de hecho a toda la sociedad. ¿O no se ve afectada una sociedad que propicia o tolera muertes que pueden evitarse, o que pasa por alto secuelas que afectan de por vida a miles de mujeres?

En México, cualquiera que sea la estimación de muerte materna por aborto inseguro que se consulte, éste sigue siendo un problema de salud pública en cuanto que afecta la salud y bienestar de miles de personas y sus familias y representa una fuente de riesgo que, como ha demostrado la experiencia de muchos países, puede evitarse si se siguen las mejores prácticas, es decir si se garantiza el acceso al aborto legal, y si las políticas de salud incluyen

tanto servicios seguros y accesibles como programas de prevención integrales, programas de planificación familiar y educación sexual científica. Hablar del aborto en este ámbito es situar en el centro el derecho de las mujeres a la salud y la responsabilidad que tiene el Estado de garantizarlo y hacerlo efectivo mediante políticas de salud pública adecuadas.

Cuando se recuerda que la salud no es sólo ausencia de enfermedad sino la capacidad de adaptarse y enfrentarse a un medio ambiente, de tomar decisiones y de desarrollarse con autonomía, queda claro que el derecho a la salud incluye los derechos sexuales y reproductivos y en particular el derecho a decidir si se quiere ser madre, cuándo, cuántas veces y con quién. Desde esta perspectiva, las políticas de salud y la legislación acerca del aborto están estrechamente relacionadas y se vinculan también con el marco internacional de derechos humanos, en el cual se postula el derecho de las mujeres a vivir sin violencia, con igualdad, autonomía y salud. El derecho a la protección a la salud es universal aunque no se cumpla; a partir de él una serie de convenciones, tratados y compromisos internacionales han establecido metas mínimas, y lineamientos y recomendaciones para lograrlas. Entre estas metas de interés para la comunidad internacional se ha establecido la necesidad de prevenir y evitar embarazos no deseados, embarazo adolescente y muerte y morbilidad materna. Como integrante de esta comunidad, México se ha adherido a estos mecanismos y está obligado a cumplir con sus lineamientos y, lo haga o no, ha reconocido implícitamente este compromiso y está obligado a dar cuenta de sus acciones ante los organismos internacionales.

Tanto en el ámbito internacional como en el nacional, hablar de aborto es también referirse a un debate en múltiples niveles. Problemas de salud, salud pública y derechos humanos se discuten y estudian desde la medicina, la demografía, el derecho y también desde la ética y la moral, ya que como todo aquello que tiene que ver con la vida, la dignidad, la igualdad, plantea también dilemas éticos y morales. Por implicar temas especializados y delicados, como el inicio de la vida, la definición misma de vida, y porque en última instancia en su centro se encuentra el derecho de las mujeres a decidir en libertad, igualdad y de manera informada, el debate en torno al aborto exige más reflexión que opinión. Desafortunadamente,

tunadamente, en gran medida por este último motivo se ha convertido en un ámbito de polémica, con frecuencia polarizada, donde confluyen posturas ideológicas, religiosas, morales, éticas y jurídicas contrarias, e intereses políticos de diverso calibre.

Así, en México y América Latina, por no generalizar al resto del mundo, el acceso al aborto seguro y legal como medida de salud pública suele pasar a segundo plano debido a la preeminencia en los medios masivos de difusión y en los foros públicos de fuerzas políticas que destacan, no los derechos de las mujeres, sino supuestos derechos del cigoto-embrión al que, desde doctrinas como las que postulan la Iglesia católica y diversas Iglesias cristianas, o desde el jusnaturalismo, se pretende atribuir la condición de “persona” a la que corresponderían una serie de derechos “inherentes”. Si bien desde la bioética y las neurociencias, desde el derecho positivo en el marco de un Estado laico, y desde los derechos humanos, se ha cuestionado esta postura, con argumentos de peso, han ganado una creciente influencia grupos y personas que abogan por la defensa de “la vida desde la concepción hasta la muerte natural”, inspirados o alentados por un Vaticano que se ha resistido a modificar su postura ante las transformaciones sociales y, sobre todo, ante los avances de la ciencia.

La contraposición de verdades y evidencias no ha favorecido el diálogo sino la confrontación, de tal modo que con frecuencia el debate público al respecto se ha polarizado, como pudo observarse en la Ciudad de México cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) discutió y aprobó las reformas que despenalizaron el aborto en esta ciudad hasta la doceava semana de gestación, en abril de 2007. En este contexto se dio la inusitada reacción de los titulares de la Procuraduría General de la República (PGR) y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), quienes un mes después presentaron sendas acciones de inconstitucionalidad (146/2007 y 147/2007) ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), con la intención de revertir dichas reformas. En una histórica decisión, en abril de 2008, ésta convocó, rescatando la figura del *amicus curiae*,¹ a audiencias públicas para

¹ *Amicus curiae*, expresión latina que se traduce como “amigo de la corte”, es una figura derivada del derecho romano utilizada principalmente en el

dar a la sociedad la posibilidad de emitir su opinión a favor y en contra de la despenalización ante los ministros, quienes las tendrían en cuenta para emitir su sentencia, hecho inédito en la historia de esta corte. Su sentencia, emitida el 28 de agosto de 2008 y publicada en marzo de 2009, constituyó también un hito, ya que, aunque no entró al fondo de la materia, sí convalidó con sólidos argumentos la constitucionalidad de las reformas que han permitido la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal.

Al cabo de nueve años, es evidente que con estas reformas, en los hospitales públicos del D.F., que ofrecen servicios de interrupción legal del embarazo (ILE), se ha logrado evitar la muerte materna y reducir la morbilidad relacionada con el aborto inseguro, así como implementar y difundir medidas para prevenir embarazos no deseados y por tanto la reincidencia del aborto inducido. Sin embargo, también es notorio que la reacción de los grupos conservadores² contra la despenalización del aborto en la capital ha agravado los problemas derivados del aborto inseguro en el país. A partir de la reforma del 2007 y de la Sentencia de la SCJN, en efecto, 16 estados modificaron su constitución estatal para inscribir en ella el derecho a la vida “desde la concepción”, lo que ha creado incertidumbre jurídica y en muchos casos propiciado la persecución punitiva de mujeres que han abortado.

En este contexto y ante un panorama mundial en que tanto el Vaticano como grupos conservadores de diversos países han incrementado su injerencia en los foros internacionales que se ocupan de los derechos humanos y de la condición de las mujeres, el debate que se dio ante la SCJN y la opinión pública en 2008 es particularmente relevante.

derecho anglosajón. Su objetivo es abrir la posibilidad a terceros que no son parte de un litigio, pero que poseen un interés demostrable y justificado en la resolución de éste, a promover voluntariamente una presentación que contiene una opinión técnica mediante la cual aportan elementos que pueden resultar jurídicamente trascendentes al momento en que el juzgador resuelva sobre la materia del litigio (*Encyclopædia Britannica Online*, 2013).

² Los llamamos así en cuanto que buscan preservar el *statu quo* y se ostentan como representantes de “valores” morales que en gran medida corresponden a sociedades tradicionales que justifican la desigualdad y sumisión de las mujeres, entre otras razones.

En este libro hablamos del aborto como problema de salud, salud pública y derechos humanos, y como tema de un debate de interés público. Examinamos el problema desde la perspectiva sociodemográfica, de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta su dimensión social e individual. Al analizar las ponencias presentadas desde posiciones divergentes ante la SCJN, objetivo de este texto, buscamos examinar la lógica, contexto e implicaciones de sus argumentos con el mayor rigor científico posible, sin asumir una falsa objetividad y sin perder la distancia crítica necesaria para entender y explicar. Convencidas de que es responsabilidad de la academia contribuir a una discusión y reflexión más informadas acerca de los asuntos públicos, nos propusimos aportar datos, información y elementos de análisis, útiles para la comprensión del aborto como un proceso complejo con facetas diversas e importantes implicaciones para la vida de las mujeres y el bienestar de la sociedad, en el ámbito de la salud en particular. Nos propusimos, asimismo, mostrar los distintos argumentos, tal como se presentaron en su momento y, en lo posible, a la luz de lo que ha sucedido y lo que se ha dicho en nuestro país desde entonces. Nos interesaba y nos interesa aún, entender y mostrar qué estaba, y en gran medida está, en juego para unos y otros, qué se les escapa, emiten o callan, qué destacan y con qué fin, qué implica lo que dicen y lo que no dicen, lo que rechazan y lo que aceptan o dicen aceptar, y exponer, al mismo tiempo, las interpretaciones que se hacen de datos y estudios diversos, según las referencias y fuentes de autoridad que utilizan, y, aunque en menor grado, las emociones, convicciones, creencias, miedos, certezas o dudas a las que se apela en esos argumentos para convencer y fundamentar con rigor la legalidad o ilegalidad constitucional de la reforma del D.F., pues éste era finalmente el sentido último de quienes acudieron ante los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Como académicas con un interés profesional y una preocupación personal por la problemática que representa el aborto inseguro en su dimensión social y personal, hemos seguido, analizado y participado en este debate y consideramos oportuno y relevante ahondar en él a partir del contenido de esas audiencias que, por la variedad de las ponencias, por la seriedad con que se expusieron, por la diversidad de los expositores y por el hecho mismo de pre-

sentarse ante la Corte Suprema, consideramos una importante y rica fuente documental para entender qué entra en juego cuando se habla de aborto y su despenalización en México.

VOCES DEL DEBATE

A partir de las audiencias ante la SCJN puede documentarse y delimitarse un debate³ menos estridente que la polémica pública, pero igualmente contrastante, con puntos de fuga que evaden, eluden o eliden la experiencia de las mujeres y las condiciones concretas en que viven millones de ellas, o por el contrario, las exponen como prueba de la inequidad y la injusticia del marco legal restrictivo; que sustentan su propuesta en evidencias científicas o, por el contrario, las descartan o manipulan y rechazan los avances de la investigación científica; un debate donde se valoran conceptos como el Estado laico, los derechos humanos y la salud pública, o se reivindican la moral de base confesional, la familia, el derecho natural y el derecho penal; en que se contraponen la defensa de la libertad personal y de conciencia a la defensa de la autoridad exegética.

Las audiencias públicas organizadas por la SCJN reunieron a ochenta hombres y mujeres que, en su calidad de ciudadanos, presentaron sus opiniones y argumentos acerca de las reformas aprobadas por la ALDF un año antes. Con igual número de ponentes de cada grupo, se llevaron a cabo seis sesiones durante los meses de abril, mayo y junio de 2008. En tres de ellas se presentaron argumentos que apoyaban las acciones de inconstitucionalidad en contra de la despenalización del aborto; en las otras tres se expusieron argumentos en contra de la acción de inconstitucionalidad y a favor de la despenalización. Cada uno de los participantes contó con diez minutos para exponer sus argumentos ante los nueve ministros y dos ministras.

³ Aunque no se dio propiamente un debate ante la SCJN puesto que los representantes de cada parte no discutieron entre sí, sino que presentaron sus argumentos en audiencias distintas, nos referimos aquí a un debate porque en el ámbito público los discursos se cruzan, contradicen, argumentan y contrargumentan y se responden, así sea indirectamente, y estas audiencias se inscribieron en el debate público más amplio.

El ejercicio democrático que significaron estas audiencias es inédito en México y representa un testimonio de las diversas y contrastantes voces del debate. Nuestro análisis se centra en las ponencias ahí presentadas porque si bien el formato restringía la posibilidad de ahondar en las ideas expuestas o de desplegar los múltiples niveles de un argumento, en ellas se ilustran claramente las principales razones e ideas que se han vertido en décadas de discusión acerca de las legislaciones sobre el aborto, y son por ello útiles para mirar la percepción de la problemática del aborto en México. Esto no significa que, desde uno u otro ángulo, no haya más que decir ni que sean las únicas interpretaciones existentes o posibles, pero sí ofrecen la posibilidad de acercarse de manera más dinámica a una discusión intensa y muchas veces polarizada.

Nuestro análisis se concentra en los argumentos que se presentaron en las audiencias, pero no los incluye todos. Nos basamos principalmente en dos publicaciones posteriores: el libro *La vida ante la corte. Inconstitucionalidad del aborto*, compilación de María del Carmen Cevallos Ferriz y Andrea Fernández Cueto Gutiérrez (2008) que reúne los argumentos en contra de la despenalización del aborto,⁴ y *Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la Reflexión*, libro coordinado por Lourdes Enríquez y Claudia de Anda (2008) que reúne las presentaciones de quienes estaban a favor de la despenalización del aborto.⁵ Consultamos también las grabaciones audiovisuales de las audiencias y, en la transcripción de éstas, las ponencias que no se incluyeron en ninguno de los libros para completar la información; hicimos entonces un registro selectivo de los argumentos, con el fin de tener en cuenta las participaciones de ambos grupos⁶ ante la Corte Suprema.

⁴ El libro incluye un prólogo de Cecilia Romero, fundadora y presidenta de la Asociación Nacional Cívica Femenina, A.C. (Ancifem), una introducción del doctor Jesús Kumate y un preámbulo sobre el derecho a la vida del feto, de Ignacio R. Morales Lechuga. Se publicaron 39 de 40 ponencias.

⁵ En este libro se incluyen 23 de 40 ponencias y 5 textos de otras personas que, aunque no participaron en las audiencias directamente, aportan ideas indispensables para el debate en el tema que abordamos, y de los cuales incluimos extractos en nuestra selección. Precede a los textos una introducción de la antropóloga feminista Marta Lamas.

⁶ En las audiencias se clasificaron las intervenciones en términos del apoyo u oposición a la constitucionalidad de las reformas hechas por la ALDF, pero

Para conocer el perfil de las y los autores, se tomó en cuenta la adscripción de cada uno a partir de la información de las audiencias⁷ y de los libros; la mayoría estaban adscritos a alguna organización, o especificaban su cargo u ocupación. Aunque en general estos actores se desenvuelven en más de un ámbito, se consideró la presentación oficial ante la SCJN para clasificarlos en cuatro categorías según su procedencia: integrantes de la academia, representantes de ONG, miembros del sector público (legisladores o funcionarios públicos), e integrantes del sector privado, incluyendo aquí a quienes se presentaron a título personal.

Como se observa en el cuadro 1, en las audiencias a favor de la despenalización (y por la constitucionalidad de las reformas) participaron 26 mujeres y 14 hombres, es decir 65 y 35% respectivamente. Del total, 40% provenían de ONG, 27.5% del sector público (diputados, senadores, funcionarios), 20% de la academia y 12.5% del sector privado o a título personal. En contra de la despenalización (y por la inconstitucionalidad de las reformas) participaron 16 mujeres y 24 hombres, es decir 40 y 60% respectivamente. Del total, 12.5% provenían de ONG, 30% del ámbito académico, 20% del sector público (diputadas, senadoras, funcionarios) y 37.5% del sector privado, jurídico o empresarial.

Por otra parte, el total de trabajos publicados en ambas compilaciones fue de 67. De estos, 39 corresponden a argumentos en contra y 28 a argumentos a favor. Del total, 46% (31) corresponden a autores y 54% (36) a autoras. Si se revisan los libros por separado, resulta que quienes escribieron a favor, 29% (8) eran hombres y 71% (20) mujeres; en cambio, del total de argumentos en contra, 59% (23) fueron escritos por hombres y 41% (16) por mujeres. Como vemos, son varones quienes realizaron más ponencias con argumentos en contra de la despenalización en estas publicaciones y,

aquí nos concentramos en la postura correspondiente a la despenalización del aborto que, más allá de una disputa jurídica sobre las atribuciones de la ALDF, era el objeto central de la controversia. A partir de esta nota, en esta introducción nos referiremos a estos grupos como “en contra” (de la despenalización del aborto) y “a favor” (de ésta y de la constitucionalidad de las reformas).

⁷ Tomamos la información acerca de los ponentes no incluidos en los dos libros, del documento “Clasificación de información 34/2008-A, derivada de la solicitud presentada por Felipe de Jesús Zamora Castro” (SCJN, 2008).

CUADRO 1

Perfil de los participantes en las audiencias y en las publicaciones por sexo y adscripción de sector, según su posición a favor o en contra de la despenalización del aborto en 2008

	Audiencias			Libro		
	A favor	En contra	Total	A favor	En contra	Total
Sexo						
Hombre	35% (14)	60% (24)	47.5% (38)	29% (8)	59% (23)	46% (31)
Mujer	65% (26)	40% (16)	52.5% (42)	71% (20)	41% (16)	54% (36)
Adscripción						
Academia	20% (8)	30% (12)	25% (20)	35.7% (10)	28% (11)	33% (22)
ONG	40% (16)	12.5% (5)	26% (21)	39.3% (11)	13% (5)	24% (16)
Público	27.5% (11)	20% (8)	24% (19)	21% (6)	21% (8)	21% (14)
Privado	12.5% (5)	37.5% (15)	25% (20)	4% (1)	38% (15)	22% (15)
Total	100% (40)	100% (40)	100% (80)	100% (28)	100% (39)	100% (67)

en cambio, más mujeres argumentaron a favor de la despenalización. En la publicación de Enríquez y de Anda, de los 28 textos a favor 39.3% son de representantes de ONG, 35.7% de integrantes de la academia, 21.4% del sector público y 3.6% de un bufete jurídico privado. En la publicación de Cevallos y Fernández, de los 39 textos en contra, 13% son de representantes de ONG, 28% de integrantes de la academia, 21% del sector público y 38% del sector privado. Como puede notarse, la principal diferencia en cuanto a adscripción es que entre los ponentes en contra de la despenalización hay más representantes del sector privado, y en la publicación de ponencias a favor, más representantes de ONG e integrantes de la academia.

Desde luego que son más importantes las diferencias entre cada institución, ONG, partido político o ámbito privado de donde proceden los participantes. A grandes rasgos, se puede señalar que, a favor de la despenalización, la mayoría de los académicos provienen de universidades y centros de investigación públicos, las ONG representadas ponen su foco de atención en derechos sexuales y reproductivos, los legisladores y el senador son del PRD o del PSD;⁸ y sólo hay un integrante de un bufete jurídico privado y varias ponentes que asistieron a título personal. En cuanto a los expositores en contra de la despenalización, los académicos provienen sobre todo de universidades privadas, las ONG representadas se ocupan, en líneas generales, de asuntos relacionados con las mujeres y la familia en su modalidad tradicional, esto es, desde una óptica confesional; las legisladoras pertenecen al PAN;⁹ y la mayoría de los representantes del sector privado se adscriben a bufetes jurídicos de los cuales son propietarios (véase el final de esta Introducción).

⁸ Participaron también funcionarios: el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del D.F., la presidenta del Inmujeres del D.F., y la representante legal del Gobierno del D.F.

⁹ En contra de la despenalización participaron quienes presentaron las acciones de inconstitucionalidad: el presidente de la CNDH; el procurador y el subprocurador de Derechos Humanos de la Procuraduría General de la República.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El estudio de los argumentos presentados ante la SCJN, publicados en los libros mencionados, se llevó a cabo en cuatro etapas, mediante las cuales se fueron definiendo temas principales, categorías de análisis y subtemas, útiles para el estudio de los argumentos. Hay que mencionar que dentro de una misma ponencia por lo general hay argumentos variados que pertenecen a más de una categoría y se plantean desde más de un campo de conocimiento o ámbito discursivo. Es decir, un mismo autor puede abordar no sólo distintas temáticas, sino también hacerlo desde distintos ámbitos discursivos,¹⁰ y por lo tanto su discurso puede pertenecer a más de una categoría en esta selección. En nuestra primera clasificación elegimos la tesis principal de cada ponencia.

En la primera etapa se identificaron los diferentes temas o categorías temáticas y se hizo una clasificación preliminar de las principales categorías de análisis que aparecen en las ponencias; cada texto se sistematizó con nombre, adscripción del autor o autora y tema principal. Se tomó nota de las referencias bibliográficas que se usaron en la ponencia y se añadieron algunas observaciones.

En una segunda etapa se definieron ámbitos discursivos a partir de los temas principales, con el fin de identificar y agrupar la información de manera más eficiente. Cada una de las ponencias se reasignó en alguno de los siguientes ámbitos: 1) Derechos humanos, 2) Salud, 3) Jurídico-político, 4) Social, 5) Filosófico y 6) Científico (evidencias empíricas disponibles, como por ejemplo la magnitud o nivel del aborto, de la mortalidad materna por aborto, o estudios sobre salud mental), este último transversal en la mayoría de las categorías temáticas que definimos.

¹⁰ Por ámbito discursivo entendemos el campo de un discurso especializado, profesional o disciplinario; por ejemplo, que tiene un marco conceptual y un conjunto de conocimientos propio, fuentes de autoridad propias y un lenguaje especializado, y que sigue cierta lógica. Como señala Bakhtin, el ámbito discursivo en general es social y por tanto en él hay una estratificación discursiva y se manifiestan relaciones de poder; es, por ende, un ámbito conflictivo. Dentro de cada ámbito especializado hay igualmente distintas visiones, valoraciones y fuentes de autoridad. En el discurso jurídico, por ejemplo, puede hablarse desde el derecho natural o desde el derecho positivo, con valoraciones, intenciones e interacciones diversas (Bakhtin, 1981: 271-273 y 288-291).

Hasta ese momento la diferencia principal entre las ponencias en contra o a favor de la despenalización era que las primeras se inscribían principalmente en el ámbito jurídico o filosófico, con un bajo porcentaje en los de salud y derechos. En cambio, más de la mitad de las segundas se situaban en el ámbito de derechos y en el de salud, con una distribución casi igual en los demás.

Teniendo en cuenta las posiciones en contra o a favor de la despenalización, se encontraron orientaciones distintas dentro de cada ámbito, en relación con la penalización del aborto. Por ejemplo, en términos de derechos, en las primeras se habla principalmente de los derechos del embrión, mientras que en las segundas se destaca el derecho de las mujeres a decidir y la importancia del Estado laico. En cuanto a salud, quienes se oponen a la despenalización del aborto no hablan prácticamente de salud social o salud pública, ni de derecho a la salud, y los ponentes a favor destacan los conceptos de salud social y salud pública, así como el derecho a la salud que, plantean, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar. En el ámbito jurídico, los primeros cuestionan la jurisdicción de la ALDF, en cambio los segundos remiten al derecho internacional y a la Constitución. En el ámbito filosófico, los primeros ponen en el centro la noción de vida, relacionada con dimensiones religiosas o morales, mientras que los segundos hablan, sobre todo, desde la ética. En cuanto al ámbito social, los primeros valoran un concepto tradicional de familia y maternidad, mientras que los segundos ponen el acento en las condiciones socioeconómicas, la desigualdad, la discriminación. En ambos se trata el papel del Estado y de las políticas públicas desde perspectivas diferentes.

A partir de ahí se establecieron conjuntos conceptual-valorativos así como líneas lógicas de los discursos acerca del aborto. Por ejemplo, en los discursos en contra, la vida y el derecho a la vida del producto de la concepción son centrales, lo que conduce a la valoración y configuración del aborto como un crimen; en cambio, los discursos a favor se centran en los derechos de las mujeres, la temporalidad de la gestación, y configuran y valoran el aborto como un derecho y una cuestión de salud pública.

Dado que nuestro interés principal es la salud, en una tercera etapa se clasificaron los argumentos en subcategorías de análisis: salud física y salud mental de las mujeres; salud pública; políticas

de salud, en particular salud sexual y reproductiva; acceso a servicios de salud, y el concepto de derecho a la salud.

En una cuarta etapa, una vez identificados lo que consideramos subcampos discursivos en la categoría de salud, por una parte se rastrearon las fuentes tanto empíricas como teóricas en las que se fundamentan los argumentos propuestos, y por otra, se recopilaron las principales investigaciones relacionadas con el tema y las evidencias empíricas disponibles sobre sus distintas dimensiones. El objetivo de esta última etapa fue contrastar la información presentada en las ponencias con la que está disponible en la bibliografía y sus interpretaciones, y dilucidar qué lógica se había seguido en la argumentación. Por ejemplo: cómo, a partir de la información disponible, se podía o no sostener el argumento expuesto en las audiencias; cuál era la discusión más general respecto de cada tema; qué tan válidas eran las premisas que sostenían los argumentos relativos a las distintas dimensiones o temas y a qué tipo de discurso se apegaba la argumentación; cómo incidía la intención del hablante en su interpretación y argumentación; cómo entendían e interpretaban las evidencias presentadas; qué retomaban y qué dejaban fuera.

Ya identificados los ámbitos discursivos y los subcampos principales, diseñamos la estructura del libro, dedicado de manera prioritaria al análisis de los argumentos desde la perspectiva de salud en sus distintas dimensiones.

Por último, en lo que se refiere a la presentación de los argumentos, cabe precisar que no buscamos hacer un análisis del discurso, ni un estudio sobre actores particulares, sino un análisis crítico de los argumentos, a favor o en contra, de la despenalización y de las posturas, conceptos, lógicas, valoraciones, que se expresan en ellos en un sentido amplio. Por ello, no presentamos un análisis que tenga en cuenta la identidad del hablante y sus vínculos sociales, lo que nos llevaría a otro tipo de trabajo; sabemos que en lo dicho hay un sujeto de la enunciación y que las ideas han de situarse en su contexto y en la relación con la postura e ideología de quien las enuncia; sin embargo, partiendo del hecho de que todos los discursos ante la SCJN eran argumentativos y buscaban convencer desde posturas opuestas, a favor y en contra de la despenalización, lo que nos planteamos fue analizar cada conjunto como un

todo, examinando sus distintas dimensiones, como ya lo hemos explicado. Por ello, no nos referimos a la identidad de las voces cuyos enunciados analizamos, aunque remitimos a sus textos, porque nos interesa destacar las estrategias discursivas, las ideas, la lógica del argumento, y a veces el tono o la intención específica, y no las personas que las enuncian.¹¹

SOBRE EL CONTENIDO DEL LIBRO

De acuerdo con el propósito de este libro: analizar los argumentos presentados, a favor o en contra de la despenalización del aborto ante la SCJN en 2008, su lógica, fundamentos e implicaciones, trazamos un panorama del contexto del debate y después presentamos el análisis de los argumentos expuestos. Este libro, entonces, se divide en dos partes.

En la primera ofrecemos un sucinto panorama de los Caminos recorridos, desde las primeras voces hasta la reforma de 2007, considerando los cambios en la orientación ideológica de las políticas públicas relacionadas con el aborto. Destacamos con mayor profundidad las acciones que condujeron a dicha reforma y posteriormente a las contrarreformas de 2008-2010, y aludimos a las posturas de diversos actores, en contra y a favor de la despenalización del aborto, como sustrato que contextualiza las orientaciones ideológicas en torno a la reforma. Añadimos los complejos problemas y dilemas que enfrentan las mujeres en el proceso de decisión de interrumpir su embarazo inesperado.

Así pues, en el primer capítulo identificamos tres momentos, del siglo XX a la actualidad (2015), en las políticas de población y en las demandas de acción de la sociedad civil, en particular de los

¹¹ No sobra tal vez puntualizar que nos planteamos este estudio como análisis de ideas, no como crítica o elogio a las personas específicas que las sustentaron. Para identificar las fuentes de los argumentos citados, usamos las iniciales de sus ponentes. Esto no implica que en el libro no hagamos preguntas y planteamientos críticos acerca de las posiciones de los grupos a los que puedan pertenecer o con los que puedan simpatizar. Quien quiera identificar a los ponentes puede consultar la lista al final de esta Introducción, así como los libros a cuyas páginas remitimos en cada argumento seleccionado.

movimientos feministas, que han incidido o buscan incidir en las políticas públicas, en relación con los derechos sexuales y reproductivos y el aborto. En estas tres etapas de la realidad sociodemográfica observamos la ruptura y reorientación de la política de población, desde una perspectiva poblacionista a una política antinatalista y a una etapa en que la política está centrada en una orientación hacia los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos. A lo largo de estas tres etapas destacamos los determinantes de la dinámica poblacional relacionados con el aborto. Guía nuestra exposición el interés por analizar cómo se construyen, en estos diferentes momentos, los discursos, iniciativas, programas, leyes, avances y retrocesos en torno al tema del aborto, su despenalización y el derecho de la mujer a decidir sobre su autonomía sexual y reproductiva.

En el segundo capítulo nos detenemos en las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del D.F. que en abril de 2007 despenalizaron el aborto hasta la semana 12 y abrieron el acceso a un aborto seguro en los hospitales de la Ciudad de México, mediante un programa que incluye consejería pre- y post- aborto y que busca asegurar el uso de métodos anticonceptivos para prevenir más embarazos imprevistos o no deseados y evitar la reincidencia del aborto. Situamos estas reformas en su contexto político, retomando a grandes rasgos la historia de la liberalización del aborto en el D.F., y examinando los debates del momento. De la aprobación de esta legislación y de los intereses contrarios a ella surgen las acciones de inconstitucionalidad de la CNDH y la PGR contra ella. Trazamos aquí entonces el camino que lleva de la liberalización de la legislación sobre el aborto en la capital del país al posterior endurecimiento de los marcos legales con la inscripción del derecho a la vida desde la concepción-fecundación hasta la muerte natural en 16 entidades federativas, cambio normativo que ha favorecido la persecución punitiva de mujeres que han abortado.

En el tercer capítulo ofrecemos un amplio panorama de los principales actores que inciden en el debate acerca del aborto, de la legislación que lo regula y permite o no el acceso a éste de manera segura, y damos cuenta de sus posturas ante éste. Destacamos primero la postura de la Iglesia católica, que ha promovido la defensa de la vida “desde la concepción-fecundación hasta la muer-

te natural”, frenando así la legislación sobre el aborto seguro. Pese a su verticalidad, existen en ella grupos, como Católicas por el Derecho a Decidir, que postulan interpretaciones alternativas de documentos y doctrina. Damos cuenta también de claros indicios de que la feligresía no sigue al pie de la letra los mandatos de la jerarquía. Luego, tratamos brevemente la postura de quienes han apoyado la despenalización, en particular el movimiento feminista y los defensores de derechos humanos, incluyendo los lineamientos de las convenciones y tratados internacionales, en tanto marco jurídico internacional de referencia.

Nos ocupamos después de los partidos políticos, que constituyen otro actor clave, puesto que sus representantes desempeñan un papel fundamental en la definición de un marco legal que guía y regula políticas y programas relativos a la salud, la salud pública, el aborto, los derechos humanos, así como los usos de la ley penal. Aquí examinamos algunos de sus documentos básicos que leemos como premisas y propuestas que en teoría deberían guiar sus acciones, y así detectamos congruencia, incoherencia y contradicciones entre sus palabras y sus hechos.

Otro conjunto de actores importantes que intervienen de manera más directa en el proceso del aborto son los agentes del poder judicial y los abogados, por un lado, y los médicos, por otro. Por medio de evidencias de sus acciones (o las consecuencias de éstas) y en función de su acuerdo o desacuerdo con las causales que autorizan el aborto legal, observamos la persistencia de prejuicios y presiones sociales que llevan a estos profesionales a estigmatizar a las mujeres que abortan. En el caso de los médicos, existen además barreras y presiones institucionales que inciden en su desempeño y en la atención que dan a las mujeres que buscan abortar o ser atendidas por complicaciones de aborto, llevándolos incluso al maltrato o a rehusar atenderlas.

Por último, enfocamos el complejo proceso del aborto desde la experiencia de la mujer, que con frecuencia queda en la sombra durante los debates públicos. Abordamos los distintos dilemas que la mujer enfrenta en el proceso de decisión de interrumpir su embarazo, en términos legales, ante la intervención del Estado, en función de sus condiciones socioeconómicas y en relación con la cultura de la prevención y con su cuerpo.

La segunda parte de este libro, *Aborto y salud: facetas del debate*, se centra en el análisis de los argumentos que seleccionamos para este estudio, mediante seis capítulos hilados por el tema de la salud y el aborto en distintas dimensiones.

En el cuarto capítulo explicamos la importancia de distinguir entre los tipos de aborto de que se habla y lo que implica la despenalización. Analizamos los argumentos expuestos por uno y otro grupo, en contra y a favor de la despenalización del aborto, en términos morales, éticos, legales, de los derechos sexuales y reproductivos (como derechos humanos), así como la responsabilidad del Estado en la política pública, como garante del derecho a la vida para unos y de los derechos humanos para otros. Entre los opositores a la despenalización destaca la centralidad del concepto de cigoto-embrión como ser humano desde el momento mismo de la concepción, consideración moral que condena el aborto como homicidio. A esta visión se contraponen los argumentos éticos y legales de quienes favorecen la despenalización y, basados en la neurociencia y la bioética, niegan al embrión la calidad de persona a la vez que postulan el sentido moral y ético del aborto desde la perspectiva de la libertad, la autodeterminación y la autonomía de las mujeres.

En los siguientes cuatro capítulos abordamos el tema principal de este estudio: el aborto inseguro como un problema de salud y salud pública, en que se evidencia la importancia de garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Aquí nos interesa ofrecer una visión más amplia de estos temas. A la luz de las reflexiones de los especialistas y de las evidencias empíricas disponibles acerca de los temas antes citados, analizamos los argumentos, estrechamente relacionados con las políticas públicas en torno al aborto, de las distintas posiciones a favor o en contra de la despenalización.

En el quinto capítulo mostramos cómo entienden e interpretan los exponentes de ambas posiciones las evidencias empíricas con las cuales buscan sustentar la racionalidad de sus argumentos acerca de la relación entre marco jurídico y magnitud del aborto. Presentamos primero un breve panorama del heterogéneo marco legal vigente en las regiones del mundo, en el cual se muestra la diversidad de causales bajo las cuales se permite el aborto. Luego delineamos tres patrones para ejemplificar la trayectoria de la in-

cidencia del aborto, en función de los cambios en los marcos jurídicos de distintos países: el primero muestra el panorama en los ámbitos mundial y regional; el segundo da cuenta de la amplia y diversa trayectoria de la despenalización en algunos países de Europa Occidental y Oriental donde el aborto es legal, y el tercero incluye ejemplos de la incidencia del aborto en países con marcos legales restrictivos de América Latina, en especial México. Por último, examinamos la estrategia discursiva de ambos grupos acerca del vínculo entre marcos legales e incidencia del aborto, su impacto en los niveles de mortalidad y morbilidad materna y su estrecha articulación con la práctica anticonceptiva.

En el capítulo sexto, abordamos la relación entre aborto y salud desde una visión amplia e integral de la salud y la salud pública. La salud física, mental y social no significa sólo ausencia de enfermedad sino también bienestar personal, familiar y social; la salud pública, a su vez, implica un concepto del bien común acorde con las condiciones de vida y necesidades de la población. Partimos de algunos desarrollos conceptuales de especialistas en salud pública, cuyos aportes acerca del significado y alcance de los conceptos de salud y salud pública son esenciales para una mejor comprensión de los argumentos expuestos en contra y a favor de la despenalización. Examinamos después estos argumentos respecto del concepto mismo de salud, de política pública y del papel del Estado como garante de la salud y rector de las políticas de salud pública.

En el séptimo capítulo exponemos el concepto de derecho a la salud, aludiendo a la obligación del Estado de garantizarlo como parte de los derechos humanos, según lo abordan diversos especialistas. En ese marco, el tema del derecho a la salud ha ocupado un lugar central como un derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su autonomía sexual y reproductiva. Según los especialistas en tratados internacionales, la salud es un bien público cuya protección en gran medida está a cargo del Estado, responsable de regular y fiscalizar los servicios de salud para lograr una efectiva protección del derecho a la vida, al bienestar y a la integridad personal. A partir de esta conceptualización, analizamos los discursos de quienes están a favor o en contra de la despenalización. Los primeros, desde el marco de los derechos humanos, destacan la obligación del Estado en la instrumentación de medidas para

hacer efectivo el derecho a la salud de las mujeres. Los segundos, en cambio, reinterpretan artículos de la Constitución para postular que el cigoto-embrión-feto es una persona cuyo derecho a la vida debe protegerse, y rebaten así la constitucionalidad de la reforma de 2007. Destacamos la importancia de promover y garantizar la cultura de la prevención para pasar del marco legal a la implementación de acciones, iniciativas y programas. En este sentido, adquieren particular importancia los programas de planificación familiar, sobre todo los referidos a la anticoncepción y los de educación sexual, así como el papel de los médicos, tres elementos fundamentales para prevenir los embarazos no deseados e imprevistos, y por tanto los abortos inducidos.

En el octavo capítulo examinamos específicamente la relación entre aborto y salud mental, sobre la cual hay muchos mitos que las evidencias científicas desmienten. Los argumentos contra la despenalización del aborto suelen esgrimir los resultados de ciertos estudios que demostrarían que el hecho mismo de abortar tiene un efecto adverso en la salud mental de las mujeres, cualquiera que sea su historia de vida. Lo que las evidencias científicas interpretadas con rigor muestran es, como también exponen quienes favorecen la despenalización, que el aborto en sí no afecta el bienestar y la salud mental de las mujeres, y que es preciso primero tener en cuenta la trayectoria y las condiciones de vida de éstas y luego distinguir entre un aborto en que éstas ponen en riesgo su salud y su vida y un aborto practicado en condiciones sanitarias adecuadas. A la par que analizamos los argumentos de unos y otros, remitimos a evidencias que demuestran que no puede hablarse de un “síndrome post-aborto” y que el acceso al aborto puede contribuir al bienestar de las mujeres y no afecta su salud mental más que cualquier otra intervención quirúrgica.

En el último capítulo, partimos nuevamente de la experiencia de la mujer que ha tomado la decisión de no ser madre, esto es, que ha decidido interrumpir su embarazo ante circunstancias específicas en una etapa de su vida. Nos centramos en la relación entre aborto y maternidad, desde la perspectiva de la salud y retomando las dimensiones legales, éticas y morales, socioeconómicas y culturales a las que nos referimos a lo largo del libro. Analizamos los argumentos en contra y a favor de la despenalización

del aborto, en términos de la maternidad como norma o libre elección, en relación con los supuestos derechos del padre, y en cuanto a las opciones que se ofrecen a la mujer bajo marcos legales restrictivos. Observamos que mientras los primeros idealizan la maternidad y equiparan ser mujer con ser madre, los segundos conciben la maternidad como una opción, reivindicando la libertad y la autonomía de las mujeres. Por otra parte, mientras los conservadores argumentan que la decisión de abortar de la mujer transgrede el derecho a la paternidad, quienes favorecen la despenalización y diversos estudios cuestionan la validez de dicho derecho así formulado. Finalmente retomamos las supuestas opciones que tienen las mujeres en contextos restrictivos y nos preguntamos cuál es su viabilidad y cuáles sus implicaciones.

A la luz del análisis realizado en este libro, presentamos por último algunas reflexiones acerca de los argumentos del debate, sus implicaciones para la salud y el bienestar de las mujeres, y proponemos algunos lineamientos para que las políticas públicas contribuyan a reducir la incidencia del aborto inseguro y sus consecuencias adversas en la vida de las mujeres.

En las páginas que siguen buscamos hacer una presentación comprehensiva, integral y fluida de cada tema, de tal modo que el conjunto se lea como un todo, a la vez que cada capítulo constituya por sí mismo una unidad integrada. Por esta razón, si bien todos los capítulos tienen una sección que nos permite introducir y enmarcar el problema en un panorama social más o menos amplio o en un campo de estudio particular, y una sección de análisis y discusión de los argumentos en sí, el acercamiento al tema varía de un capítulo a otro, y cambia también el orden en que presentamos la sección de argumentos a favor y en contra de la despenalización. Asimismo, cabe advertir que si hay cierta reiteración a lo largo del libro se debe a que un mismo argumento se puede analizar desde distintos ángulos y se interrelaciona necesariamente con varias y similares facetas o dimensiones del problema.

Este libro es producto de un trabajo colectivo a través de fronteras y disciplinas. Se ha enriquecido con las aportaciones de numerosas investigaciones publicadas que nos proporcionan sus reflexiones y hallazgos al incursionar en las controversias planteadas por los grupos que se oponen o favorecen la despenalización

del aborto, desde diversas perspectivas. Reconocemos el oportuno trabajo de compilación de quienes publicaron los dos libros en que nos basamos, no sólo porque éstos nos fueron indispensables sino también porque en ellos ha quedado documentado un episodio muy importante del debate en torno al aborto y su despenalización. Así sea sólo indirectamente, agradecemos a los ponentes su participación en las audiencias: a favor o en contra, nos incitaron a pensar, a ir más allá de sus palabras, y nos provocaron una gama de emociones, reacciones y reflexiones.

Agradecemos de igual modo la contribución de numerosas colegas comprometidas con estos temas, en particular Verónica Cruz, Lourdes Enríquez, Martha Juárez y Alma Ramírez, quienes generosamente compartieron información con nosotras. Lourdes Enríquez y Arturo Sotelo nos permitieron citar un artículo inédito suyo. Queremos reconocer el trabajo de Karla Flores Celis, quien colaboró en las primeras etapas de la investigación y en la sistematización de la información para los capítulos sobre las reformas legales en el D.F. y sobre salud mental; así como la colaboración de Andrea González Aguilar en la última etapa de este trabajo. Agradecemos también las atinadas y muy útiles sugerencias de quienes dictaminaron la versión que llevó a la publicación de este libro, cuya lectura esperamos invite a reflexionar y a ahondar en un asunto que, más allá de la ley, la religión o el control social, involucra la vida y la salud de millones de mujeres.

Listas de participantes en las audiencias y en los libros

<i>A favor de la despenalización</i>		
	<i>Ponentes cuyo texto se incluye en el libro*</i>	<i>Sector institucional</i>
AMA	Aída Marín Acuapan , Decidir, coalición de jóvenes por la ciudadanía sexual	Organización
AOO	Adriana Ortega Ortiz , representante del Center for Reproductive Rights (Centro de Derechos Reproductivos)	Organización
EAI	Emilio Álvarez Icaza , presidente de la Comisión de Derechos Humanos del D.F., y de su Consejo	Público

(continúa)

A favor de la despenalización

	<i>Ponentes cuyo texto se incluye en el libro*</i>	<i>Sector institucional</i>
ECR	Elsa Conde Rodríguez , diputada federal (PSD), integrante de la Comisión de Presupuestos	Público
FJC	Fátima Juárez Carcaño , profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México	Academia
FJC	Fray Julián Cruzalta , director de Magdala. Instituto de Asistencia Integral, A.C., y profesor de Teología	Organización
GDB	Gabriela Delgado Ballesteros , miembro de la junta de asociados de Incide Social, A.C.	Organización
GRR	Gabriela Rodríguez Ramírez , directora general de Afluentes, S.C.	Organización
JACP	Juan Antonio Cruz Parceró , director de <i>Isonomía</i> , revista de teoría y filosofía del derecho	Academia
JGV	Juliana González Valenzuela , profesora emérita del Colegio de Filosofía y Letras, UNAM; miembro consultivo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos	Academia
JZP	Jesús Zamora Pierce , representante del bufete Zamora Pierce	Sector privado
LBA	Leticia Bonifaz Alfonzo , representante legal del Gobierno del Distrito Federal	Público
MCM	María Consuelo Mejía , directora de Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.	Organización
ML	Marta Lamas , directora de la revista <i>Debate feminista</i>	Academia
MLMC	Martha Lucía Micher Camarena , directora general del Instituto de las Mujeres del D.F.	Público
MMVV	Margarita M. Valdés-Villarreal , miembro del Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, y del Colegio de Bioética	Academia
PG	Patricia Galeana , historiadora de la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, presidenta fundadora de la Federación Mexicana de Universitarias, A.C.	Academia

(continúa)

<i>A favor de la despenalización</i>		
	<i>Ponentes cuyo texto se incluye en el libro*</i>	<i>Sector institucional</i>
PIMA	Pedro Isabel Morales Aché , consultor legal de GIRE, A.C., y socio fundador del Colegio de Bioética, A.C.	Organización
PMJ	Pilar Muriedas Juárez , Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, capítulo D.F.	Organización
RS	Raffaella Schiavon , directora general de Ipas México, A.C.	Organización
SLS	Susana Lerner Sigal , profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México	Academia
LQC	Leticia Quezada Contreras , diputada de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y presidenta de la Comisión de Equidad y Género	Público
VHCV	Víctor Hugo Cirigo Vázquez , presidente de la ALDF	Público
<i>Ponencias incluidas en el libro de personas que no participaron en las audiencias</i>		
EB	Emanuela Borzacchiello , PUEG/UNAM	Academia
GOM	Gustavo Ortiz Millán , Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM	Academia
MB	Marisa Belausteguigoitia , directora del PUEG/UNAM	Academia
MERC	María Eugenia Romero Contreras , directora de Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.	Organización
RV	Rodolfo Vázquez , Departamento Académico de Derecho, Instituto Tecnológico Autónomo de México y Miembro del Colegio de Bioética A.C.	Academia

* Textos publicados en *Despenalización del aborto en la Ciudad de México. argumentos para la reflexión*, Lourdes Enríquez y Claudia de Anda (coords.), México, PUEG/GIRE/IPAS, 2008.

A favor de la despenalización

Ponentes que participaron en las audiencias, cuyos textos no se incluyeron en el libro

AOO	Adriana Ortiz Ortega , coordinadora del Proyecto Internacional sobre Sexualidades	Organización
ABG	Alberto Begné Guerra , presidente del Comité Ejecutivo del PSD	Público
CCS	Claudia Cruz Santiago , diputada federal, PRD	Público
DC	Daphne Cuevas , Afluentes, A.C.	Organización
EACG	Edgar Armando Cruz González , Amici/Curiae en México, A.C.	Organización
EPC	Enrique Pérez Correa , diputado de la ALDF, PSD	Público
EPA	Enrique Vargas Anaya , diputado, ALDF	Público
FZZ	Federico Zárate Zavala , a título personal	Privado
FAOM	Fernando Andrés Ortiz Mejía , clínica legal de interés público, ITAM	Academia
IAGS	Ingrid A. Gómez Saracibar , a título personal	Privado
MALG	María de los Ángeles López García , Centro de Derechos Humanos Victoria Díez	Organización
PGA	Pablo Gómez Álvarez , senador, PRD	Público
PCA	Patricia Cedillo Acosta , a título personal	Privado
PGG	Patricia Greter González , Colegio de Bioética	Academia
PSR	Patricia Silva Rosales , a título personal	Privado
PSVD	Perla Sofía Vázquez Díaz , Elige, Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C.	Organización
SCC	Santiago Corcuera Cabezut , Comisión Internacional de Juristas	Organización

En contra de la despenalización

*Autores cuyo texto se incluye en el libro**

ACCP	Álvaro Clemente Carrillo Pretalia , Casa Yaliguani, I.A.P.
AGW	Andrés González Watty , Asociación Internacional para la Educación Familiar, S.C.
AMG	Armando Martínez Gómez , Colegio de Abogados Católicos de México, A.C.
CFCs	Carlos Fernández del Castillo Sánchez , director del Centro Mexicano de Ginecología y Obstetricia, S.C.
CHC	Carlos Herrero Cembellin , Red Mujeres, Desarrollo, Justicia y Paz, A.C.
CLC	Carlos Llano Cifuentes , profesor universitario de filosofía
CMAC	Carlos María Abascal Carranza , Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C.
DAMV	Dora Alicia Martínez Valero , diputada federal, LX Legislatura
DMSM	Dora María Sierra Madero , Voz Pública, A.C.
EGV	Eduardo Gayón Vera , médico gineco-obstetra
EMM	Eduardo Medina Mora , procurador general de la república
FV-GB	Francisco Vázquez-Gómez Bisogno , Facultad de Derecho de la Universidad Panamericana
GELR	Gabriel Ernesto Larrea Richerand , Ilustre y Nacional Colegio de Abogados de México
GMC	Gerardo Monroy Campero , Instituto Mexicano de Investigaciones Sociodemográficas, A.C.
HJLS	Héctor Jaime Larios Santillán , a título personal (ex presidente del Consejo Coordinador Empresarial)
ITG	Ingrid Tapia Gutiérrez , Centro de Estudios y Formación Integral de la Mujer, S.C.
JIS	Jaime Inchaurreandieta Sánchez , Medal, Asociación Nacional Cívica Femenina A.C.
JAG	Jorge Adame Goddard , Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM

(continúa)

*Autores cuyo texto se incluye en el libro**

JETH	Jorge E. Trasloheros Hernández , Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM
JANO	José Antonio Núñez Ochoa , Instituto de Investigaciones Jurídicas y Posgrado, Universidad Anáhuac
JLSF	José Luis Soberanes Fernández , presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos
JDCL	Juan de Dios Castro Lozano , Procuraduría General de la República
LMH	Lorena Malpica Hernández , Asociación Panamericana de Bioética
MRK	Manuel Ramos Kuri , Vida y Familia, A.C.
MLCM	María de la Luz Casas Martínez , Asociación Mexicana de Bioética, A.C.
MPQC	María de la Paz Quiñones Cornejo , diputada local, IV Legislatura, Asamblea Legislativa del Distrito Federal
MLDB	María de Lourdes Delgado Barraza , Centro de Ayuda para la Mujer Latinoamericana, A.C.
MTOG	María de Teresa Ortuño Gurza , senadora de la República, LX Legislatura
MCAL	María del Carmen Alva López , Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A.C.
MPCM	María del Pilar Calva Mercado , Observatorio Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, A.C.
MPOM	María del Pilar Ortega Martínez , diputada federal, LX Legislatura
MRGL	María del Rocío Gálvez de Lara , Comité Nacional Pro-Vida, A.C.
MEMH	María Emilia Montejano Hilton , Fundación Camino a Casa, A.C.
MTM	Martha Tarasco Michel , Federación Internacional de Instituciones de Bioética Personalista
OJMG	Oscar Javier Martínez González , Incluyendo México, A.C.
PBR	Patricia Barrera Rivera , Familias y Sociedad, A.C.
PFC	Paz Fernández Cueto , Enlace en la Comunidad Encuentro, A.C.

(continúa)

*Autores cuyo texto se incluye en el libro**

- RGL **Rodrigo Guerra López**, coordinadora de Servicios de Apoyo a la Familia, A.C.
- VMMR **Víctor Manuel Montoya Rivero**, Comisión Mexicana de Derechos Humanos
- HML **Horacio Merchant Larios**, representante del Foro Científico y Tecnológico
-

* Textos publicados en *La vida ante la Corte. Inconstitucionalidad del aborto*, María del Carmen Cevallos Ferriz y Andrea Fernández Cueto Gutiérrez (comp.), México, Enlace, 2008.

Lista de las siglas utilizadas

- ALDF Asamblea Legislativa del Distrito Federal
- AMA American Medical Association (Asociación Americana de Medicina en español)
- Ancifem Asociación Nacional Cívica Femenina, A.C.
- Andar Alianza Nacional por el Derecho a Decidir
- APA Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, por sus siglas en inglés)
- Asapmi Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infanto-Juvenil
- CDD Católicas por el Derecho a Decidir
- CEDAW Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación a la Mujer (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, por sus siglas en inglés)
- Ceiih Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM
- Cencos Centro Nacional de Comunicación Social
- Ceped Centre Population & Développement, Francia
- CIDE Centro de Investigación y Docencia Económica
- CIPD +15 Conferencia celebrando los 15 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)

- CIPD Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
- CNDH Comisión Nacional de Derechos Humanos
- CNEGSyR Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Conapo Consejo Nacional de Población
- CP Código Penal
- Demus Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer
- D.F. Distrito Federal
- DIU Dispositivo intrauterino
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés)
- Enadid Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
- END Embarazos no deseados
- Endireh Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
- Enlace En la Comunidad Encuentro, A.C. (casa editorial)
- FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- GDC Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Colombia
- GIA Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto
- GIRE Grupo de Información en Reproducción Elegida
- ILE Interrupción Legal del Embarazo
- Inacipe Instituto Nacional de Ciencias Penales
- INED Institut National d'Études Démographiques, Francia
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- Inmujeres Instituto Nacional de la Mujeres
- Ipas International Projects Assistance, por sus siglas en inglés. Protegiendo la salud de las mujeres. Promoviendo el respeto a sus derechos reproductivos (ONG)
- IUSSP International Union for the Scientific Study of Population
- LGBTI Lesbianas/Gays/Bisexuales/Transexuales/Transgénero/Intersexuales
- LGAMVLV Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

- LGDNNA Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
 LSDF Ley de Salud del D.F.
 MA Métodos anticonceptivos
 MC Partido Movimiento Ciudadano
 Mexfam Asociación Mexicana de Planificación familiar
 MIAAS Modelo Integral de Acompañamiento para un Aborto Seguro
 Miles ONG por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Chile
 MM Mortalidad materna
 MMM Mortalidad y morbilidad materna
 NOM 046-SSA2-2005 Norma Oficial Mexicana 046
 OEA Organización de Estados Americanos
 OMS/WHO Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, por sus siglas en inglés)
 ONG Organización no gubernamental
 ONU/UN Organización de la Naciones Unidas/United Nations, por sus siglas en inglés
 OPS Organización Panamericana de la Salud
 OTB Oclusión Tubaria Bilateral
 PAN Partido Acción Nacional
 Panal Partido Nueva Alianza
 PCM Partido Comunista de México
 PES Partido Encuentro Social
 PF Planificación Familiar
 PGJDF Procuraduría General de Justicia del D.F.
 PGR Procuraduría General de la República
 PJDF Poder Judicial del Distrito Federal
 PPF Programas de Planificación Familiar
 PRD Partido de la Revolución Democrática
 PRI Partido Revolucionario Institucional
 PRT Partido Revolucionario de los Trabajadores
 PSD Partido Social Demócrata
 PT Partido del Trabajo
 PUEG Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM
 PVEM Partido Verde Ecologista de México
 SAP Síndrome de Alienación Parental

- SCJN Suprema Corte de Justicia de la Nación
TGF Tasa Global de Fecundidad
UNAM Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
(United Nations Populations Fund, por sus siglas
en inglés)
Vifac Vida y Familia, A.C.
WHO World Health Organization (OMS en español)

PRIMERA PARTE

CAMINOS RECORRIDOS

1

EL CONTEXTO POLÍTICO-IDEOLÓGICO DEL ABORTO EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

La política poblacional está estrechamente ligada al concepto y visión del país que se tiene desde el Estado. En México como en otros países, han variado las orientaciones y perspectivas analíticas y programáticas que se otorgan a los diferentes componentes de la dinámica demográfica y su relación con las condiciones de vida de la población. En el siglo XX se transitó de una política poblacionista en que se valoraba un aumento de la población como una forma de riqueza nacional en términos de recursos humanos y ocupación del territorio, a una preocupación e interés por reducir los elevados niveles de crecimiento de la población como una forma de mejorar el bienestar y niveles de vida de la misma. A partir de los años noventa, en un contexto internacional de mayor actividad política de los movimientos de mujeres, de un intenso y crítico cuestionamiento por parte de la academia acerca de las grandes carencias y desigualdades en el ámbito de la sexualidad y reproducción y de los rezagos y efectos en la instrumentación de los programas de planificación familiar, y, sobre todo, de la mayor importancia otorgada a los derechos humanos en general, se reconocen e institucionalizan los derechos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos, que se legitiman como tales por primera vez en la agenda de la Conferencia de Población de El Cairo y en la declaración de Beijing. Estos derechos también son reconocidos en la Constitución Mexicana, en la Ley de Población y en los diversos programas gubernamentales efectuados en este ámbito (Lerner y Szasz, 2003).

En México, como en muchos países en desarrollo, el control de la fecundidad, la posibilidad de no vivir la maternidad como destino y las inequidades de género han sido también preocupación central de mujeres organizadas en movimientos feministas y sindicalistas. A lo largo del siglo pasado y hasta hoy, las mujeres han demandado acceso a los métodos anticonceptivos y al aborto seguro, el reconocimiento de la maternidad como una opción que se puede elegir o no y cuyo desarrollo tienen derecho a regular; y han construido desde los años setenta, y sobre todo desde los noventa, un discurso donde el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es central. El acceso a la salud, a la planificación familiar, al aborto seguro y a una educación sexual integral y científica han sido y son algunas de sus principales demandas. Los movimientos feministas también han denunciado la violencia de género: primero la violencia sexual, luego la violencia de pareja y en años más recientes la violencia feminicida, entre otras. Si en un primer momento voces dispersas enunciaban esas demandas aun en contra de las políticas oficiales, a partir de los años setenta se hacen evidentes coincidencias, aunque con variados matices, entre las demandas de las mujeres y las políticas públicas. Es desde el inicio del siglo XXI cuando se visibilizan con mayor intensidad las coincidencias y divergencias significativas en estos temas ante los cambios legislativos en torno a la despenalización del aborto. En los debates surgen también otras voces, como las de las Iglesias, en particular la de la jerarquía católica, y hacia fines de los años setenta, con cada vez más poder económico, las de los grupos “provida” y anti-derechos de las mujeres. Todos estos actores participaron activamente en las discusiones acerca de la despenalización del aborto en el Distrito Federal (D.F.) en 2007 y en las que se dieron en torno y dentro de las audiencias públicas que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) organizó en 2008 a raíz de las acciones de inconstitucionalidad que presentaron ante ella la Procuraduría General de la República (PGR) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Estos diversos agentes sociales siguen activos hasta hoy.

En este capítulo presentamos un panorama de los principales planteamientos ideológicos y las iniciativas políticas y de la sociedad civil en torno a las principales transformaciones en el ámbito

de la salud sexual y reproductiva, en particular en el tema del aborto, que se han dado en México desde el siglo pasado como parte de la “cuestión poblacional”. En décadas recientes este tema ha adquirido un lugar preponderante en este ámbito, al evidenciar principalmente los elevados niveles de su práctica así como las consecuencias en las condiciones de salud y de vida de la población, en particular de las mujeres. Realizar un análisis amplio y profundo rebasa el objetivo de este libro. Nos interesa, en cambio, ofrecer un acercamiento sucinto y parcial para enmarcar, a la luz de las preocupaciones que se han planteado en los diversos contextos poblacionales y en el debate acerca del aborto, el análisis de los argumentos expuestos a favor y en contra de la despenalización del aborto, a partir de las audiencias públicas realizadas por la SCJN en 2008, que desarrollaremos en la segunda parte de este libro.

Nuestro análisis se inscribe aquí en una perspectiva poblacional porque consideramos necesario dar mayor visibilidad a situaciones problemáticas prioritarias de una realidad sociodemográfica cambiante en el ámbito de la reproducción de la población, que directa o indirectamente se vincula con la cuestión del aborto. De manera un tanto arbitraria hemos identificado tres momentos de la política de población en México, en función de ciertas particularidades sociodemográficas, políticas e ideológicas. A la caracterización de estos escenarios hemos entrelazado la participación de la sociedad civil, en particular la del movimiento feminista y la correspondiente a los actores conservadores. Con ello buscamos mostrar los cambios que se han dado en las políticas públicas así como la mayor o menor interrelación entre ellas y la sociedad civil. Una de las preguntas que guían nuestra exposición es: ¿Cómo se construyen en estos diferentes momentos los discursos, las iniciativas, los programas, las leyes y los avances y retrocesos en torno al tema del aborto, su despenalización y el derecho de las mujeres a decidir sobre su autonomía sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los argumentos, las iniciativas y los actores sociales que inciden en esta construcción?

PRIMERAS VOCES EN TORNO A LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
EN EL SIGLO XX

La lucha por la libertad de las mujeres fue desde principios del siglo XX y sigue siendo hoy, uno de los principales objetivos de los movimientos feministas internacionales que rescataron y enfatizaron, como señala Lamas (2003a), tres consignas esenciales: la maternidad voluntaria; la necesidad de cambiar las condiciones de sumisión e inequidad de las mujeres, en particular la violencia sexual contra ellas, y el derecho a la libre opción sexual y reproductiva. Estas consignas también formaron parte de los primeros movimientos feministas en México,¹ y han estado presentes, con menor o mayor fuerza, en los debates acerca de la problemática poblacional. Pese a la participación de las mujeres en la Revolución de 1910 y a demandas previas respecto a su derecho a la ciudadanía plena, las leyes y los primeros regímenes revolucionarios no les fueron tan favorables como las feministas de la época esperaban. No obstante, cabe subrayar que, al refrendar la separación de la Iglesia y del Estado promulgada por los liberales en el siglo XIX, la Constitución de 1917 consolida un marco favorable al discurso de los derechos de las mujeres, y de los hombres. Como señalan Amuchástegui *et al.* (2010), la prohibición de que las instituciones religiosas participen en asuntos públicos es fundamental, ya que implica restringir las creencias religiosas al ámbito privado, aun cuando la reforma al artículo 130 en 1992 —que otorgó el voto a los ministros de culto y reconoció a las asociaciones religiosas— debilitara esa restricción. En este sentido, el carácter laico del Estado enmarcó las principales políticas públicas a lo largo del siglo XX y ha sido un referente importante en los debates en torno a la política poblacional y los derechos de las mujeres que, en distintos momentos, han involucrado también la interrelación entre religión y política, dadas sus repercusiones públicas y privadas en el ámbito sexual y reproductivo, como también señalan dichas autoras.

¹ Las referencias que incluimos respecto al escenario político-ideológico de los movimientos feministas provienen principalmente de algunos de los numerosos textos elaborados y publicados por Lamas (1997, 2001, 2003, 2008) y otras autoras (Cano, 1990; Lau, 2011; Tarrés, 1993 y Ortiz Ortega, 2001).

La lucha por los derechos de las mexicanas ha sido larga. Entre las primeras voces feministas que se hicieron oír en el periodo revolucionario destacan las que en el primer y segundo congresos feministas abogaron por el derecho de las mujeres a la educación, a favor de la coeducación y la educación sexual, y por la difusión de los métodos anticonceptivos entonces conocidos. En el Primer Congreso Feminista de México, realizado en 1916 en Mérida, Yucatán, se aludió a los derechos de la mujer y a la paternidad y maternidad responsables; en el segundo congreso, de 1922, se apoyó la publicación de la norteamericana Margaret Sanger, que destacaba la importancia de promover medios seguros y efectivos para evitar la concepción. Antes, la Convención Regional Obrera celebrada en 1917, en Tampico, Tamaulipas, propugnó por “el derecho a evitar la procreación ilimitada” (Sandoval Arriaga, 2010). Si bien en su momento las expresiones favorables a la libertad sexual de las mujeres causaron escándalo (Lau, 2011), cabe mencionar el establecimiento, con anuencia gubernamental, de clínicas privadas de planificación familiar (PF) durante el gobierno de Calles, en 1925, cuyas actividades se suspendieron posteriormente para adecuarse a la orientación de la primera Ley de Población de 1936.

Como veremos a continuación, hasta principios de los años setenta prevaleció en México una política poblacionista en que las demandas de las mujeres tuvieron poco eco.

PERSPECTIVA POBLACIONISTA Y VOCES POR LA DESPENALIZACIÓN: LOS PRIMEROS SETENTA AÑOS DEL SIGLO XX

La preocupación acerca de la cuestión poblacional que llevó a la intensa expansión demográfica en la segunda mitad del siglo XX en México tiene su principal origen en el reconocimiento, por parte de Gilberto Loyo (1935), de las llamadas “deficiencias poblacionales” observadas en los primeros años del periodo posrevolucionario, que remitían a la cantidad, calidad y distribución de la población en el territorio —caracterizadas por un escaso crecimiento natural de la población ante las altas tasas de mortalidad, incluyendo alta mortalidad infantil y bajos niveles de fecundidad, y un poblamiento espacial altamente disperso y adverso que lo etique-

taba como país despoblado—. De este diagnóstico se derivaron propuestas para impulsar el crecimiento y expansión de la población y la creación y fortalecimiento de núcleos de población y colonización, a las que debía acompañar una política social orientada a mejorar las condiciones de vida de la población en materia de salud, educación, infraestructura, integración étnica, entre otras (Sandoval Arriaga, 2010, y Cabrera, 1994).

Esta conceptualización de la cuestión poblacional en los albores del siglo XX se plasmó en la primera Ley General de Población, promulgada en 1936, y subyace también en la formulación del primer Plan Sexenal de Gobierno (1934-1940), documentos en los cuales, como señala acertadamente Sandoval, no se definieron instrumentos específicos para su puesta en marcha:

sino más bien [dicha conceptualización] se tradujo en un discurso poblacionista continuamente reiterado, acompañado de cierta exaltación ideológica de valores, tales como la maternidad y la elevada fecundidad, así como de políticas y acciones relativamente autónomas en materia de migración, reforma agraria, industrialización, indigenismo, salud, seguridad social y educación (Sandoval Arriaga, 2010: 438-439).

En este contexto, la intervención del Estado, orientada a aumentar los niveles de fecundidad, se configura como parte de una posición pronatalista, de *laissez faire*, y se mantiene la prohibición de la práctica del aborto, tipificada como delito en el código penal de 1931 en el cual se conservan como únicos excluyentes no punibles la imprudencia de la mujer, para salvar la vida de la madre, y se añade el aborto por violación sexual (Islas de González Mariscal, 2008).

Contra esta disposición, algunas feministas de la época demandaron la derogación de ese delito del código penal. La destacada feminista y cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó en 1936 ante la Convención de Unificación Penal la ponencia de la médica nicaragüense Ofelia Domínguez Navarro, “El aborto por causas sociales y económicas” (1936), y retomó sus argumentos en 1937 ante el Frente Socialista de Abogados. Domínguez caracterizaba el aborto como un problema de injusticia social, ya que su prohibición afectaba sobre todo a las mujeres más pobres, y por tanto, argumenta-

ba, su reglamentación competía a la salubridad pública y no al derecho penal (Cano, 1990). La autora planteaba además que la despenalización debía formar parte de un programa de salubridad que incluyera acceso a métodos anticonceptivos “al alcance de las mujeres de todos los sectores sociales y la obligación de los médicos de brindar información anticonceptiva”, argumentos que coincidían con otras demandas sociales planteadas por las mujeres organizadas. Estas voces, de avanzada, quedaron desoídas por décadas, pues sólo a mediados de los años setenta se incorporaría la problemática de los derechos de las mujeres en materia de procreación, expuesta principalmente por los movimientos feministas: antes no se tomarán en cuenta ni las condiciones de vida de las mujeres ni los derechos de autonomía en la reproducción.

En el contexto pronatalista, de *laissez faire*, que primó hasta finales de los años sesenta, el control de la fecundidad (y de la sexualidad conyugal) se delegó en mayor o menor grado al espacio privado e íntimo de la familia, con las normatividades religiosas, morales y culturales prevalecientes y en función de su desigual capacidad para acceder a instancias médicas, públicas y privadas, para regular la fecundidad con los medios disponibles.² Sin embargo, ya para finales de los años sesenta surgieron iniciativas de asociaciones civiles en el campo de la planificación familiar, como la Asociación Pro-Salud Maternal y la Fundación para los Estudios de Población, hoy día conocida como Asociación Mexicana de Planificación familiar (Mexfam), cuyas actividades estaban dirigidas a grupos de población menos favorecidos (Lerner, 1967). La intervención del Estado en materia de política de población se circunscribía principalmente a la instrumentación de programas y

² Para finales de este periodo México, como muchos otros países de América Latina, cuenta ya con una abundante literatura acerca de los programas de planificación familiar, entre la cual se hace referencia a los aún escasos estudios sobre el aborto. Sin duda, un tema de investigación pendiente e importante sería analizar dicho material. Véase, por ejemplo, el texto “Bibliografía de Estudios Sociales sobre Planificación Familiar. México, 1950-1990”, publicado por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, 1993; así como las *Actas de la Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, vol. 1, sesión 2, pp. 193-476, México, El Colegio de México, 1972, en los cuales se incluyen además referencias bibliográficas de otros artículos sobre el tema del aborto.

servicios en salud y de inversiones en obra pública que incidieron en la disminución de los niveles de mortalidad. En materia de fecundidad, la información y el acceso, así se limitara a los reducidos métodos anticonceptivos (MA) existentes y a ciertos grupos de población en mejores condiciones, eran proporcionados principalmente por instancias médicas privadas que coadyuvaron indirectamente a las transformaciones de la dinámica demográfica y estuvieron acompañados por cambios significativos, aunque todavía incipientes, con la pequeña pero creciente entrada de mujeres a la educación universitaria y, más significativa, a los mercados de trabajo (Lerner y Szasz, 2003).

TRANSICIÓN A UNA PERSPECTIVA ANTINATALISTA: LAS DÉCADAS DE LOS SETENTA Y LOS OCHENTA

El resquebrajamiento del paradigma poblacionista que se había iniciado a mediados de siglo ante los retos y obstáculos que representaba el acelerado crecimiento poblacional, llevó, hacia 1970, a una modificación de los términos y referentes de la cuestión poblacional y de los objetivos de la política de población ante el panorama económico mundial y el creciente y desigual deterioro en las condiciones de vida de la mayoría de la población. Si bien en la discusión acerca de las relaciones entre población y desarrollo, algunas voces latinoamericanas pusieron énfasis en el desarrollo social y económico como elemento coadyuvante para reducir los niveles de fecundidad, las desigualdades y la pobreza,³ otras voces, mayoritarias, consideraron que el acelerado ritmo de crecimiento poblacional constituía el mayor obstáculo para disminuir la pobreza, y era por tanto una amenaza al desarrollo y un freno para alcanzar un mayor bienestar económico y social. Para lograr éste era prioritario, entonces, establecer programas para regular y disminuir la fecundidad (Sandoval Arriaga, 2010; Lerner y Szasz, 2003).

³ Un testimonio inicial de ambas posiciones se expuso en la primera Conferencia Regional Latinoamericana de Población, celebrada en México en 1970. Véase *Actas de la Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, vol. 2, sesión 6, pp. 259-446, México, El Colegio de México.

En este segundo escenario que abarca de 1970 a 1990, y sobre todo en el que se inicia en los años noventa, cabe destacar la importancia de las conferencias mundiales de población auspiciadas por la Organización de Naciones Unidas, en las cuales se reconoció la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer, y el derecho de las parejas y los individuos para decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos. Estos planteamientos se expusieron por primera vez en la Primera Conferencia sobre Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, y luego en la Conferencia de Población de Bucarest, en 1974, en la que además se afirmó la necesidad de que el Estado garantizara los medios para ejercer estos derechos.⁴ En el mismo sentido, en la Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, realizada en México en 1975, se reconoció la integridad física de las mujeres y su derecho a decidir sobre su propio cuerpo, incluida la maternidad opcional (Lerner y Szasz, 2003). Unos años después, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) de 1979 (que entró en vigor el 3 de septiembre de 1981), enfatizó la urgente necesidad de eliminar la discriminación contra las mujeres y de impulsar la igualdad de género, y promovió el respeto a los derechos de las mujeres en su ámbito reproductivo. Ésta y otras convenciones internacionales, suscritas por el gobierno mexicano, irán consolidando dos elementos centrales en la visión de la reproducción poblacional: por un lado, el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones en materia de sexualidad y reproducción —que retoma las demandas de los movimientos feministas, entre éstas el control de las mujeres sobre su propio cuerpo y la autodeterminación reproductiva—, y por otro, la necesidad de impulsar cambios legales para reducir las desigualdades de género.

A partir de los años setenta, el Estado mexicano emerge como un agente clave al instituir una política de población cuya instrumentación, como ya mencionamos, se centrará casi exclusivamente en la regulación del crecimiento de la población mediante programas de planificación familiar (PPF). Éstos básicamente se dirigen

⁴ Para un mayor desarrollo del debate en torno a este escenario, véase Lerner y Szasz (2003).

a la expansión de la cobertura anticonceptiva moderna, con metas cuantitativas en términos de tasa de fecundidad y de cobertura de uso de MA. Para reorientar la política de población, se desarrollan entonces en el ámbito político varias iniciativas: *a*) se promulga una nueva Ley General de Población en 1974 y la Ley General de Salud en 1984 (Cabrera, 1994), instrumentos que reconocen la obligación del Estado de garantizar que la población cuente con la información y el conocimiento que le permitan ejercer su derecho a planear la familia; *b*) se crea el Consejo Nacional de Población (Conapo) en 1974, como instancia de coordinación intersectorial para implementar programas y acciones para la planeación demográfica. Esto condujo al establecimiento, en 1976, del Programa de Planificación Familiar, cuya legitimidad se fundamenta en el objetivo de mejorar las condiciones de bienestar de la población, y en particular las condiciones de salud de las mujeres. Además, a partir de 1984 se crean los programas nacionales de desarrollo y de población (PNP) sexenales, en los que se definen diversas líneas de acción de las instancias públicas involucradas, para responder a la problemática poblacional. Se reafirma así la voluntad del Estado para influir en los componentes del cambio demográfico, considerado como elemento coadyuvante, pero primordial, para elevar la calidad de vida de la población.⁵

En este contexto, tiene gran relevancia la reforma, en 1974, al Artículo 4º de la Constitución, en que se estipula la igualdad jurídica de hombres y mujeres y se establece que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre

⁵ Habría que agregar otras iniciativas en ese periodo, como los programas de Salud Materno-Infantil, el de Supervivencia de la infancia y el denominado Salud Sexual, así como la iniciativa Maternidad sin Riesgo y Salud Sexual, que si bien fueron anteriores al enfoque de salud reproductiva, incorporan algunos de sus principios. En éstas se incluyen, además de los PPF, otros elementos importantes vinculados con las condiciones de salud de las mujeres y de supervivencia de sus hijos, y las desfavorables circunstancias en que ocurren algunos de los eventos reproductivos, como el embarazo y el parto, así como los relacionados con sus prácticas sexuales. También se hace alusión a la situación de desigualdad de las mujeres, al derecho a la decisión libre, informada y responsable respecto a la maternidad, así como a nociones de autodeterminación corporal y sexual (Figueroa, Aguilar e Hita, 1994; Salles y Tuirán, 1995; Corona, 1995; Elú y Langer, 1994).

el número y espaciamiento de sus hijos". También es relevante la adición que se le hace en 1983 para incluir el derecho "a la protección de la salud", que conlleva la necesidad de dar acceso a esos servicios. Estas iniciativas son fundamentales, ya que plantean y reconocen los derechos, las libertades, la autonomía y el empoderamiento de las mujeres como principios esenciales en las decisiones relacionadas con su ámbito sexual y reproductivo, así como el derecho a la salud. Implican asimismo que el Estado ha de comprometerse en la implementación de programas en la materia, a partir de estos principios, aun cuando, con distintos gobiernos, como veremos, su instrumentación varíe en función de valores y conceptos de distintas fuerzas políticas e ideológicas.

Como resultado de estas iniciativas políticas el escenario demográfico se modificó: los niveles de fecundidad cayeron drásticamente y rápidamente en un periodo de tiempo muy reducido.⁶ Sin embargo, pese al objetivo de abarcar a todos los grupos sociales, la heterogeneidad y las brechas entre los sectores de población con las más desfavorables condiciones de vida persistieron,⁷ debido en gran medida a las limitaciones y obstáculos en el acceso real y de calidad a los servicios públicos de salud. La disminución de la fecundidad obedeció a la amplia oferta institucional de MA brin-

⁶ Si bien se observa un descenso importante de la tasa global de fecundidad (TGF) a partir de 1969 (6.3 hijos por mujer, 5.7 en 1975-1976, 3.8 en 1985-1986, 3.2 en 1990-1991 y 2.9 en 1994-1996) esta tendencia descendente se vio interrumpida al observarse un rezago y estancamiento en los dos sexenios de gobierno panista y en los primeros años del PRI (2.3 en 2003-2005, 2.2 en 2006-2008 y en 2011-2013). Es importante destacar el aumento y el elevado número de nacimientos en el grupo de edad de 15 a 19 años (70.9 y 77.0 por cada mil mujeres de ese grupo de edad, en 2009 y 2014, respectivamente (Conapo, 2011, y INEGI-Conapo, 2015).

⁷ Las diferencias en la TGF y en el promedio de hijos nacidos de las mujeres en edad fértil (15-49 años) entre los niveles de escolaridad, entre ámbitos rurales y urbanos, entre población indígena y no indígena, entre generaciones y entre los estados de la república, que también han disminuido con el tiempo, evidencian la persistencia de las brechas (Potter *et al.*, 1986; Ssa, 1977, 1984 y 1989; Welti, 2010; INEGI, 2010, e INEGI-Conapo, 2015). Como ejemplo comparemos las diferencias en la TGF entre las mujeres con distintos niveles de escolaridad: sin instrucción (5.2, 3.3 y 3.0 hijos por mil mujeres en 1997, 2009 y 2014), o primaria incompleta (4.1, 3.2, y 3.0 en los mismos años) con las mujeres con educación media superior y superior (2.1, 1.7 y 1.8 en el mismo periodo) (INEGI-Conapo, 2015).

dada por el Estado, limitada en un principio a las mujeres unidas en edades reproductivas, que por tanto excluía y discriminaba a grandes contingentes de población (las púberes, las jóvenes solteras, las mujeres sin pareja, las mayores de 49 años, y a los varones de todas las edades, así como a los grupos de población más pobres que viven en condiciones marginales y desfavorables, como son las mujeres indígenas).⁸ La velocidad en la reducción de la fecundidad se debió también en gran medida a la profundización de las transformaciones sociales, económicas y culturales a las que ya hemos aludido, como el mayor acceso de las mujeres a la educación, su creciente inserción en el mercado laboral, la mayor valoración de las familias pequeñas, el aumento en los costos económicos para la crianza y capacitación de los hijos y las menores expectativas de ayuda por parte de éstos. Estas transformaciones dieron pie a que las familias, y en particular las mujeres, demandaran medios para regular la fecundidad, y contribuyeron, a su vez, a un cambio en los valores, normas y hábitos relacionados con la vida reproductiva de éstas (Lerner y Quesnel, 1994).

No obstante el éxito de los PPF y otras acciones programáticas para responder a los objetivos de la planeación demográfica en México, no mejoraron las condiciones de salud, de vida y de bienestar de muchas mujeres, ni de la mayoría de la población. La re-

⁸ Los rezagos en la prevalencia anticonceptiva, que se han reducido con el tiempo, muestran un diferencial entre diez y veinte puntos porcentuales en los tres últimos años entre los diversos grupos de población: el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos y residen en áreas rurales (14% en 1976, 33% en 1987, 54% en 1997 y 64% en el 2009) frente a las que residen en áreas urbanas (42, 62, 73 y 75% en esos años); las dos cifras de 2009 se mantienen en 2013-2014; entre las mujeres sin escolaridad (13, 24, 48 y 61% en esos años) y aquellas con estudios de secundaria y más (56, 70, 75 y 74%), o bien entre las indígenas (48% en 1997 y 58% en 2009 y 2014) y las no indígenas (70 y 74%, respectivamente). En el caso de las adolescentes y jóvenes, se observa una alarmante situación en el uso de MA ante los aún insuficientes avances, sobre todo en el grupo de 15-19 años (45.0, 39.4, 44.7 y 51.6%, en 1997, 2006, 2009 y 2011-2013, respectivamente), en el de 20-24 años (59.3, 57.8, 62.9 y 61.3% en los mismos años) y, en menor medida, entre las mujeres de 25-29 años (67.8, 65.8, 66.5 y 67.3%). Más aún, es sumamente preocupante el bajo porcentaje de adolescentes que usaron algún MA en su primera relación sexual, aunque haya aumentado (de 38.2% en 2009 a 44.9% en 2014) (Conapo, 2011 e INEGI-Conapo, 2015).

gulación y el control del número de hijos y la reducción de la fecundidad fueron clave para reducir las altas tasas de crecimiento poblacional en amplios sectores y para ofrecer opciones a las mujeres para controlar su descendencia. Sin embargo, para finales de los años ochenta, el muy conocido lema de los años setenta, “La familia pequeña vive mejor”, no correspondía con la realidad. Se confirmó entonces que, como varios países en desarrollo habían expuesto en las conferencias de población de Bucarest y México, “sin políticas de desarrollo social y económico adecuadas, las medidas exitosas aplicadas sobre la dinámica demográfica no resultaron en mayor bienestar de la población” (Szasz y Lerner, 2002: 167).

En ese periodo, el enfoque de la política poblacional también fue cuestionado por mujeres organizadas, quienes señalaron las limitaciones en la instrumentación de los PPF, reivindicaron la maternidad libremente elegida y plantearon la necesidad de liberalizar el acceso al aborto en condiciones seguras para todas las mujeres.

*El feminismo de la segunda ola: reactivación
y ampliación de demandas básicas*

En medio de los cambios sociales y culturales que hemos delineado, surgen en los años setenta colectivos feministas que se pronuncian a favor de los derechos de las mujeres y contra la violencia. En el ámbito de la sexualidad y el control de la natalidad, destaca el proyecto Maternidad Voluntaria que la Coalición de Mujeres Feministas presentó, sin éxito, a la Cámara de Diputados en 1976. Gran importancia tiene también la conformación del Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto (GIA), convocado por el Conapo e integrado por 80 especialistas de distintas disciplinas y algunos representantes de instituciones religiosas, cuya recomendación final señaló que había que suprimir toda sanción penal por el aborto voluntario, y subrayó la imperiosa necesidad de expedir normas sanitarias para ofrecer una amplia y mejor atención en los servicios de salud (Lamas, 2008a). Esta iniciativa fue bloqueada por la Presidencia de la República y no se dio a conocer públicamente.

En 1979, con el apoyo del Partido Comunista Mexicano (PCM) y del Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT), el Frente Nacional por la Liberación y el Derecho a Decidir de la Mujer y la Coalición de Mujeres Feministas, retomaron el proyecto de 1976 y lo presentaron al Congreso. En éste, como explica Tarrés (1993: 375), se advertía una “contradicción entre la nueva Ley General de Población, que establece la libertad de los individuos para decidir sobre el número de hijos que desean tener y el momento de tenerlos, y el Código Penal, que castiga” el aborto. Se enfatizaba también que no bastaba la despenalización y legalización del aborto si el Estado no aseguraba la prestación gratuita del servicio en óptimas condiciones sanitarias y cuando la mujer lo solicitara. La iniciativa “desató una feroz campaña de la derecha”, como señala Lamas (2008), en la que participó, entre otros, el Comité Nacional Provida de México.⁹ La iniciativa fue desechada.

La despenalización del aborto volvió a plantearse públicamente en 1983 mediante una iniciativa de la PGR, el Poder Judicial del Distrito Federal (PJDF) y el Instituto Nacional de Ciencias Penales (Inacipe), impulsada por el presidente De la Madrid. En ella se proponía reformar el Código Penal de 1931 para despenalizar el aborto “cuando se practicara dentro de los primeros 90 días de gestación, con previa opinión médica, y en un centro hospitalario” (Tarrés, 1993: 376). Una vez más la intervención de la Iglesia católica y organizaciones conservadoras como Pro Vida hicieron fracasar el proyecto.

Además de reivindicar el derecho a la maternidad voluntaria, el neofeminismo de los años setenta y los ochenta trabajó a favor del mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, en particular contra la violencia sexual y de pareja. Entre otras acciones, hubo grupos que se aliaron al movimiento urbano popular y llegaron a configurar un feminismo urbano popular (Moctezuma, 1984) que daría fuerza a movimientos posteriores. Se crearon colectivos contra la violencia sexual en diversos estados; en 1979, el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC), en el D.F., y en 1989 la Red contra la Violencia hacia las Mujeres, que ya tenía una

⁹ Según información de su página oficial, este comité se creó en 1978 en respuesta precisamente a esa iniciativa.

articulación nacional, cuyo objetivo era apoyar legal y psicológicamente a mujeres maltratadas o violadas (Bartra, 2002; Saucedo y Huacuz, 2011; Serret, 2001).¹⁰ Para las feministas, la violencia estaba relacionada con la desigualdad de las mujeres en el ámbito público; por ello también propusieron cambios legales contra el hostigamiento y la violación, entre otros, y reclamaron al Estado apoyo y políticas específicas para las mujeres violadas y maltratadas (Saucedo y Huacuz, 2011). A la larga, algunas de sus demandas serían recogidas en la creación de centros y programas gubernamentales para la atención a víctimas y, mucho después, con leyes específicas contra la violencia hacia las mujeres.

En este contexto de expansión del movimiento feminista y de otros grupos de mujeres es importante señalar la creación, en los años ochenta y los noventa, de centros académicos dedicados a los estudios de la mujer y a programas de estudios de género, que contribuyen a la comprensión de la realidad desde una perspectiva de género interdisciplinaria. En ese periodo aportaron no sólo un novedoso conocimiento científico acerca de las mujeres, sino también ideas y propuestas útiles a los debates, demandas y metas de los movimientos feministas, de los que muchas de sus integrantes también formaban parte.¹¹ Entre otros temas, la subordinación y las políticas de equidad, la feminización de la pobreza, los problemas de salud pública, la brecha educativa y laboral, se estudiaron, discutieron e hicieron visibles en foros y artículos académicos y en textos de difusión (Serret, 2001).

¹⁰ Cabe agregar al Centro de Apoyo a la Mujer, en Colima, conformado a partir del interés conjunto del Colectivo Coatlicue (Saucedo y Huacuz, 2011) y de la gobernadora Griselda Álvarez.

¹¹ Entre éstos cabe mencionar la puesta en marcha, en 1982, del Departamento de Política y Cultura de la UAM-Xochimilco, que cuenta con una área de estudios de la mujer; en 1983 se abrió el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) en El Colegio de México; en 1988 el Centro de la Mujer de la Facultad de Psicología de la UNAM, que dio origen al Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), fundado en 1992, y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de El Colegio de México en 1992, entre otros. En la actualidad México cuenta con al menos 35 centros de estudios de género distribuidos en diversos estados, donde se imparten cursos, seminarios y maestrías (Bartra, 2002).

DE LOS AÑOS NOVENTA A LA ACTUALIDAD: LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LOS RETOS PARA LA IGUALDAD

A partir de la última década del siglo pasado, surge un tercer escenario que podríamos denominar de “los derechos sexuales y reproductivos”, con implicaciones muy significativas que exigen un cambio en las políticas y programas de población, y en otros campos del quehacer político. La nueva perspectiva acerca de la efectividad de estas políticas es resultado de un intenso y crítico cuestionamiento de las grandes carencias y desigualdades, y de los fuertes rezagos que persisten en materia de sexualidad y reproducción que afectan sobre todo a los grupos de población que viven en las condiciones más desfavorables, en particular las adolescentes, las mujeres indígenas y las que residen en contextos marginales, rurales y urbanos. Se evidencian sobre todo los costos y efectos perversos de la manera como se implementaron los programas para satisfacer las necesidades de anticoncepción y salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En efecto, no obstante el incremento en la cobertura de MA, a partir de los años noventa se constata una reducción en la gama de opciones anticonceptivas hormonales disponibles en los servicios de salud (que privilegiaron la oclusión tubaria, OTB, y el dispositivo intrauterino, DIU); una alta frecuencia de esterilizaciones femeninas, sobre todo en mujeres jóvenes, sin consentimiento informado en muchos casos; deficiencias en la información y atención a los efectos colaterales indeseables de los métodos anticonceptivos; y una deficiente atención en los servicios de salud públicos. Se advierte también una situación desfavorable entre las adolescentes¹²

¹² En el caso de las adolescentes, las evidencias empíricas más recientes de dos encuestas diferentes y no estrictamente comparables parecen indicar un creciente aumento en la proporción de adolescentes sexualmente activas (15.2% según la Enadid, 2009, y 31.2% según la Ensanut, 2012) y una temprana edad de la primera unión que ha permanecido estable (19.4 en 1997, 20.4 en 2009, y 20.2 en 2014, según INEGI-Conapo, 2015). Aunado a ello, los resultados de la reciente encuesta Enadid 2014 muestran la persistencia del inicio temprano en la vida sexual (15.4 años), con 61.5% de las adolescentes unidas que no usaron anticonceptivos en la primera relación sexual, y de las que usaron algún método, 90% recurrió al condón masculino. Dado el menor uso de MA, se estima una elevada demanda insatisfecha de MA (36.0% en 2006 y 24.6% en

y jóvenes, pues persiste un elevado porcentaje de embarazos, muchos de ellos no planeados, y un muy temprano (y poco voluntario) inicio de las relaciones sexuales sin protección, que también repercute en la edad temprana de las mujeres a la primera unión marital, y al nacimiento del primer hijo, y en un elevado número de abortos. Estos problemas persisten hasta la fecha.

Lo que más se ha cuestionado en este escenario es la ambigüedad y la insuficiencia de las medidas y programas que habrían de responder a las necesidades y demandas de las mujeres, garantizar su autonomía reproductiva y el ejercicio de sus derechos. Se ha cuestionado también la persistencia de obstáculos para acceder sin discriminación y oportunamente a servicios de salud sexual y reproductiva, en particular a servicios para interrumpir el embarazo en los casos permitidos por la ley.

En este escenario sociodemográfico, que también se observa con variantes en la mayoría de los países en desarrollo, se fue gestando en los ámbitos nacional e internacional la necesidad de redefinir y resignificar los discursos y las iniciativas programáticas en el campo de las políticas de población. En organizaciones feministas, instituciones académicas y organismos internacionales, se transitó del discurso y paradigma de las políticas de control de la fecundidad a un enfoque centrado en el respeto y la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, particularmente las mujeres, como parte de los derechos humanos y, subrayemos, en tanto derechos individuales y sociales de todas las personas.

2009) que contrasta con la que se encuentra para el total de mujeres unidas en edad fértil (12.0 y 9.8% respectivamente en esos años) y una elevada necesidad insatisfecha para espaciar la descendencia (21.3% en 2009). Resulta relevante destacar que del total de nacimientos de madres adolescentes en 2009, uno de cada cinco embarazos no fue planeado (20%), mientras que algo más de uno de cada diez tampoco fue deseado (13.4%) (Conapo, s.f., y 2011).

*El Cairo, una etapa destacada para la salud
y los derechos sexuales y reproductivos*

Los referentes de la cuestión poblacional en este contexto emergen del llamado “enfoque de salud reproductiva”, adoptado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing un año después, que reafirma la agenda de El Cairo e incluye explícitamente lo relativo a los derechos sexuales. Ambas conferencias y los programas de acción que emanan de ellas constituyen un avance crucial. Como parte de este enfoque se reconoce que los programas de salud reproductiva deben tener una perspectiva integral, de modo que sus intervenciones no se restrinjan a regular la fecundidad o a establecer metas cuantitativas, y en cambio consideren los métodos anticonceptivos y preventivos como parte de la salud integral de las mujeres en la búsqueda de una vida digna que posibilite prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados y se garantice el derecho a decidir tener o no hijos, cuándo tenerlos y cuántos.¹³ Con respecto a los derechos sexuales de la mujer, se enfatiza su derecho a decidir libremente y a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad sin verse sujeta a coacción, discriminación o violencia. Además, se agrega que las relaciones igualitarias entre ambos sexos exigen respeto y consentimiento recíproco, así como la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Salazar García, 2013).¹⁴ Estos temas habían recibido hasta entonces escasa atención en los estudios sociodemográficos acerca del comportamiento reproductivo, pero se volvieron prioritarios desde entonces.

Esta nueva perspectiva ha llevado, por una parte, a ampliar el discurso y las intervenciones de las políticas públicas y de organi-

¹³ Cabe agregar que no obstante que este enfoque incorpora a los varones, el discurso y las intervenciones, en particular en el ámbito reproductivo, continúan tratándolo como un asunto de responsabilidad de las mujeres, lo cual no es ajeno al desarrollo científico de MA exclusivamente para ellas.

¹⁴ Texto, entre otros, que aborda el análisis de la trayectoria histórica de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México, en el Marco Jurídico Internacional.

zaciones de la sociedad civil en esta problemática. Se considera ahora la extensa y diversa gama de aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción en las diversas etapas del ciclo de vida de hombres y en particular de mujeres, y, sobre todo, se busca brindar atención efectiva, oportuna, de calidad y con personal capacitado en los servicios de salud. Así, por ejemplo, bajo el término Salud reproductiva se incluyen, entre otros temas: el embarazo, parto y posparto; el aborto legal, las infecciones del tracto reproductivo y de transmisión sexual, el VIH-SIDA, el cáncer cérvico-uterino y mamario, la mortalidad materna, y se empiezan a visibilizar las responsabilidades y derechos de los varones en este ámbito. Por otra parte, esta perspectiva ha permitido significar y mostrar el extenso espectro de derechos humanos que deben tenerse en cuenta en la implementación de las políticas en la esfera de la salud sexual y reproductiva, reconocidos internacionalmente.¹⁵

Con respecto a la interrupción del embarazo, en el Programa de Acción adoptado en la CIPD de El Cairo se estipula que en ningún caso el aborto debe promoverse como método de planificación familiar, y que su práctica en condiciones inadecuadas es un importante problema de salud pública (Naciones Unidas, 1995, párrafos 8.25 y 8.26). Las recomendaciones emanadas de esta conferencia instan a los gobiernos y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso para atender los efectos de los abortos inseguros en la salud y a reducir el recurso al aborto mediante el mayor acceso a servicios de PF y mejor calidad de éstos. Se afirma también que, en los casos en que el aborto no es ilegal, debe realizarse en condiciones adecuadas. Se señala muy claramente que la atención de los abortos o de las complicaciones derivadas de éstos en los servicios de salud, debe otorgarse conforme a la legislación de cada país, a la vez que se exhorta a los gobiernos a revisar y flexibilizar las leyes al respecto.

¹⁵ Los derechos a la salud sexual y reproductiva en los tratados y conferencias internacionales e implícitos en los planes, programas y normas oficiales del gobierno mexicano incluyen: derecho a la información, a la educación sexual, a los servicios de salud, a una vida sin violencia sexual, a la igualdad y a ser libres de toda discriminación, a decidir sobre su cuerpo, a beneficiarse del progreso científico y tecnológico, y el derecho a la libertad de conciencia y religión (Brenes Bero, 2004).

Hay que subrayar que si bien dicho enfoque ha legitimado, en el discurso y el diseño, los programas de la salud sexual y reproductiva, los compromisos suscritos por el gobierno mexicano en ésta y otras conferencias internacionales distan mucho de ser una realidad, en particular en el caso del aborto. Ninguna de las recomendaciones aprobadas en estas conferencias acerca de este tema ha sido considerada y mucho menos instrumentada. El fracaso de intentos de reforma para ampliar causales que permitan acceder al aborto legal y seguro mostró, por un lado, las presiones conservadoras, y por otro, la importancia de la movilización de mujeres y feministas, el respaldo de instancias internacionales y la opinión pública nacional e internacional a las demandas de respeto y garantía de los derechos reproductivos de las mujeres, para lograr algunos avances o frenar retrocesos. Los pocos avances que se dieron en la transición del año 2000 y años posteriores respondieron en gran medida a la conjunción de intereses, con variados matices, de actores institucionales y de grupos feministas que abogan por los derechos de las mujeres.

Episodios en la defensa de los derechos de las mujeres

En los años noventa, el movimiento feminista continúa las luchas en defensa de los derechos de las mujeres, contra la violencia, a favor de la maternidad voluntaria, por un mayor acceso a servicios de salud. La CIPD de El Cairo, la Conferencia de Beijing y, en el tema de violencia contra las mujeres, la Convención de Belem do Pará, consolidan su discurso y acciones en defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el derecho a una vida sin violencia. Aunque el resultado de estas acciones se materializa sobre todo en los primeros siete años del siglo XXI, es importante destacar brevemente algunos hechos importantes en la defensa de estos derechos.

Entre las principales iniciativas que dan cuenta del debate en torno al aborto en este periodo destaca, en 1990, la reforma al código penal chiapaneco aprobada por el Congreso estatal, con mayoría priista, para ampliar las causales de aborto no punible en casos de que lo solicitara una pareja con fines de planificación fa-

miliar, o una madre soltera, o si se justificaba por razones económicas. La reacción del Partido Acción Nacional (PAN), los grupos antiderechos y la Iglesia católica en ese estado fue tal¹⁶ que por decreto oficial se suspendió la reforma. El Congreso la sometió para su dictamen a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que no respondió, por lo que quedó suspendida más de diez años. El código penal actual no incluye esas causales (Islas de González Mariscal, 2008; Lamas, 2008). A raíz de este nuevo freno a la ampliación de los derechos de las mujeres, se formó el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria, con 62 organizaciones, que convocó a una marcha de protesta el 15 de enero de 1991, con el lema “Yo he abortado” (Lamas, 1992).

La intervención de la Iglesia católica en debates públicos de cariz político como éste es sólo un ejemplo de la continua oposición de esta institución a reconocer la autonomía de las mujeres. La reforma al artículo 130 de la Constitución, propuesta por el presidente Salinas de Gortari y aprobada por el Congreso de la Unión, que modificó el estatuto legal de las Iglesias y dio voto activo al clero en 1992, le permitió a éste legitimar su participación en la esfera pública, lo que en un sentido también amplificó su voz. Así, incluso antes de los sexenios panistas, se va evidenciando el peso que tienen o buscan tener las asociaciones religiosas y sus aliados en decisiones políticas que afectan la salud y la vida de las mujeres.

Hacia finales del régimen priista, la llegada al poder del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en el D.F., en 1998, creó expectativas de cambio entre las feministas; sus esfuerzos, sin embargo, quedarían en suspenso ante consideraciones políticas coyunturales. En 1997, la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal¹⁷ y el ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas, entonces

¹⁶ El obispo Samuel Ruiz, quien después apoyaría las demandas del EZLN, encabezó en 1990 una marcha contra la aprobación del aborto en ese estado y publicó una carta pastoral donde criticaba la reforma y denunciaba las esterilizaciones forzadas y la política de PF como estrategias de Estados Unidos de Norteamérica y el Fondo Monetario Internacional contra la población latinoamericana, en particular los indígenas.

¹⁷ Conformada originalmente por GIRE, SIPAN, APIS, CDD y COVAC y avocada desde sus inicios a visibilizar los grandes problemas de salud de las mexicanas: los altos niveles de mortalidad materna, la mala calidad de la atención sanitaria, el aumento de cáncer mamario y cérvico-uterino y los embarazos de las adoles-

candidato del PRD a la jefatura de gobierno del D.F. —partido que incluía en su agenda la despenalización del aborto como derecho a la maternidad voluntaria— acordaron que, de resultar electo, éste llevaría a cabo una consulta pública acerca de la reforma a las leyes sobre aborto en el Código Penal del D.F., que presentaría la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) en ese periodo. Pese a los resultados de una encuesta de opinión (GIRE/ARCOP) que muestra que la mayoría de la población estaba a favor de esa reforma,¹⁸ la iniciativa ni siquiera se discutió en la ALDF, con mayoría perredista; incidieron en ello la reciente visita oficial del Papa Juan Pablo II en enero de 1999 y, sobre todo, la proximidad de las elecciones presidenciales del 2000. El PRD, en efecto, no estaba dispuesto a asumir riesgos políticos, ni a enfrentar la fuerte oposición de la Iglesia católica antes de una elección presidencial que el partido y Cárdenas esperaban ganar (Lamas, 2008).¹⁹

El espinoso tema del aborto resurgió a principios de 2000, ya no en el D.F., sino en Baja California. Paulina, una adolescente de 13 años, residente en Mexicali, resultó embarazada tras haber sido violada por su padrastro e intentó hacer valer su derecho a una interrupción legal del embarazo. Aunque el código penal de esa entidad lo permitía en ese caso, los directivos del hospital al que acudió y el procurador del Estado le impidieron abortar, aun cuando el ministerio público lo había autorizado. Varias organizaciones feministas iniciaron acciones legales e impulsaron una campaña de reparación del daño a Paulina, exigiendo que se cumplieran las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos del Estado y de la misma CNDH, y, por medio de ellas, el caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ya entrado el sexenio del presidente panista Vicente Fox. El go-

centes, la alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el inadecuado y predominante concepto médico-biológico de salud (Álvarez, 2003).

¹⁸ La encuesta se realizó en el D.F. con 995 entrevistas a mayores de 15 años, en abril de 1999. Puede consultarse en <gire.org.mx/images/stories/est/Encuesta_/Arcop-1999.pdf>.

¹⁹ Lamas señala que la encuesta realizada en el D.F. en 1999 mostró que la mayoría de la población apoyaría las reformas para despenalizar el aborto en los siguientes casos: 71% por malformaciones fetales y el 63% ante los riesgos para la salud de la mujer (Lamas, 2008).

bierno federal optó entonces por mediar entre las partes para lograr una “solución amistosa”. El gobierno de Baja California reconoció públicamente que había obstaculizado el ejercicio del derecho de la adolescente y debía por tanto otorgarle, a ella y a su hijo, un conjunto de servicios y apoyos para resarcir el daño. El caso Paulina ilustra claramente la estigmatización de que son objeto las mujeres que buscan abortar, incluso en caso de violación. Su importancia en la lucha por los derechos de las mujeres radica en que la violencia institucional que implica negar un aborto permitido por la ley fue denunciada ante instancias internacionales, en que la propia Paulina exigió que se modificaran la política pública y las leyes para que su caso no se repitiera, y en que, en consecuencia, la Secretaría de Salud federal envió en 2006 a todos los hospitales del país una circular que estableció los criterios de atención a la violencia que permitían la interrupción legal del embarazo (GIRE, 2008; Lamas, 2008).

El rechazo oficial al aborto legal incluso en casos de violación se manifestó, también en el año 2000, en el estado de Guanajuato, donde los legisladores reformaron el código penal del Estado para eliminar el acceso legal al aborto en este caso y castigar hasta con ocho años de cárcel a las mujeres que lo practicaran. Mientras que la jerarquía católica y grupos antiderechos apoyaron la iniciativa, promovida por el PAN, la acción de grupos a favor del derecho a decidir, como feministas locales que conformarían el Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro, A.C., y la presión nacional e internacional, lograron detenerla. Ante el costo político que le representaba, el gobernador, en efecto, vetó la reforma (Centro Las Libres, 2013).

A la vez que ilustran la persistencia de obstáculos que desde el Estado se oponen al ejercicio de los derechos y a la libertad de las mujeres, estos episodios muestran la capacidad de respuesta de la sociedad y de las organizaciones feministas y la importancia de la movilización social en defensa de estos derechos. Algunas de las reformas legales o acciones administrativas que se dan sobre todo antes de 2007, responden a compromisos internacionales pero también a demandas de la sociedad, y de las mujeres en particular.

Pocos avances y retrocesos significativos

Aunque existe una línea de continuidad en la orientación de las políticas de población en materia de reproducción desde los años noventa hasta hoy, en los primeros veinte años de este periodo hay que distinguir dos momentos en la política poblacional. En la última década del siglo XX, todavía durante el gobierno del Partido Revolucionario Institucional (PRI), se empiezan a advertir algunos retrocesos en las políticas de población, sobre todo en materia de PF. Luego, durante los dos sexenios del PAN (2000-2012), con el ascenso de grupos conservadores esta tendencia se acentuó, con retrocesos en diversos programas relativos a la sexualidad y a la reproducción de la población, sobre todo a partir de 2007, aun cuando se intentó responder con algunas iniciativas a los compromisos derivados de las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, o de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000).²⁰

Así, pese a algunas acciones legales y administrativas, hubo reticencia y oposición ante los MA, en particular la anticoncepción de emergencia, la libertad sexual, la impartición de una educación sexual laica y científica, y, en general, ante todo lo que tuviera que ver con la autonomía sexual y reproductiva y con el ejercicio de los derechos de las mujeres. Sin duda, uno de los mayores rezagos es la persistente elevada fecundidad temprana de las adolescentes, la elevada mortalidad materna, la aún deficiente atención en los servicios de salud, en particular en la atención obstétrica en el embarazo y el parto, y la insuficiente e inapropiada educación sexual en las escuelas; situación que caracteriza con mayor intensidad a las mujeres que residen en contextos marginales.

²⁰ El objetivo 5, que se refiere a mejorar la salud materna, incluye lograr “el acceso universal a la salud reproductiva”, y el objetivo 5B plantea reducir el embarazo adolescente y aumentar el uso de anticonceptivos. Según un informe de Naciones Unidas de 2015, aunque la muerte materna se redujo en el mundo, las metas no se han cumplido: se ha estancado el descenso de embarazo adolescente, se mantiene una brecha por desigualdad en el uso de anticonceptivos y además no se ha invertido lo suficiente en PF. Esta evaluación general corresponde en gran medida al caso mexicano, por lo menos en lo que a embarazo adolescente y ampliación del acceso a PF se refiere (Naciones Unidas, 2015a).

Entre las acciones positivas relacionadas con el campo de la salud sexual y reproductiva, cabe mencionar la creación del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en 2001; del Instituto Nacional de las Mujeres en el ámbito federal y local en 2001, instancia cuya función es “dirigir la política nacional para lograr la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a través de la institucionalización y transversalización de la perspectiva de género en las acciones del Estado mexicano”.²¹ También es importante la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGSyR) de la Secretaría de Salud en 2001, en sustitución de la Dirección de Planificación Familiar, con el fin de “incorporar la perspectiva de género en salud [...] y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población a través de programas y acciones sustentados en evidencias científicas, mejores prácticas y en las necesidades de salud de la población”.²² Cabe destacar, asimismo, la inclusión en el cuadro básico de medicamentos, de la píldora de anticoncepción de emergencia en 2005 y su permanencia pese a los fuertes embates de funcionarios, la jerarquía católica y grupos conservadores. Otro avance significativo fue la aprobación, luego de un proceso complejo, de la Norma Oficial Mexicana 046 (NOM-046-SSA2-2005), relativa a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, que incluye el acceso de las mujeres víctimas de violación a la anticoncepción de emergencia, en 2009.

En términos más amplios, es importante mencionar nuevas leyes a favor de la igualdad y contra la violencia de género, como la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres (2006) y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), impulsadas sobre todo por legisladoras y activistas comprometidas con los derechos de las mujeres. De particular relevancia para la defensa de los derechos humanos en general es la reforma al artículo 1º constitucional de 2011, que incorporó el lenguaje de los derechos humanos en la Carta Magna, incluyó los derechos humanos del marco internacional como parte de los derechos que no se

²¹ Véase portal de Inmujeres: <<http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/ique-es-el-inmujeres/quienes-somos>>.

²² Véase el portal <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/cnegysr/Mision_y_vision.html>.

pueden suspender e inscribió el principio *pro persona*, que permite otorgar a cada quien la mayor protección legal posible en función de los convenios y tratados firmados por México, consolidando así la importancia de los derechos humanos como principios de justicia. Los intentos posteriores por modificar este artículo sugieren reticencia por parte de los juzgadores a reconocer y aplicar el marco jurídico internacional, así como resistencia a admitir la protección de los derechos humanos para todas las personas. Para las mujeres esta reforma es de particular relevancia en tanto las convenciones y tratados internacionales representan herramientas jurídicas que han favorecido la defensa de sus derechos en casos de violación a sus derechos sexuales y reproductivos o de feminicidio, entre otros.

No obstante su importancia, estas acciones y reformas no bastan para contrarrestar los efectos negativos de una política pública más amplia impulsada por los gobiernos y los grupos de derecha en lo que se refiere a los derechos de las mujeres y en particular a los derechos sexuales y reproductivos. En primer término, en los sexenios panistas se instrumentaron diversas iniciativas para frenar los programas y las acciones destinados a lograr una plena salud sexual y reproductiva y a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, lo que mereció señalamientos y recomendaciones de instancias internacionales, como el comité de la CEDAW. Entre otras, cabe mencionar las propuestas para modificar la Ley General de Salud, supuestamente para garantizar el derecho a recibir información sobre la publicidad de preservativos; la inclusión de la abstinencia sexual como método para evitar las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados; los intentos de restringir y controlar el uso de técnicas de reproducción asistida; las iniciativas para volver a modificar el artículo 1º constitucional después de 2011, y las modificaciones al artículo 24 constitucional para incluir la libertad de religión, criticadas por feministas y defensores del Estado laico como intento de los conservadores para abrir la puerta a la educación religiosa y ampliar su participación y la del clero en actos públicos²³ y en políticas

²³ La redacción final del artículo 24 reformado representa, según algunos autores, un equilibrio entre posiciones opuestas, ya que incluye la libertad de

públicas. En relación con el tema central de este libro, cabe resaltar la acción de inconstitucionalidad interpuesta por una fracción de la ALDF contra la Ley Robles en 2000 en el D.F., y las que interpusieron la PGR y la CNDH en 2007 contra las reformas a la Ley de Salud y al Código Penal del D.F., que permitieron la interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas; la negación de este servicio en las instalaciones de salud federales del D.F., así como las reformas constitucionales y/o penales que, entre 2008 y 2010, se llevaron a cabo en 16 entidades federativas para “proteger la vida desde la concepción”, como reacción conservadora contra las reformas del D.F., asuntos que serán abordados en el siguiente capítulo.

Retos e incertidumbre

Tras el éxito que ha significado el importante descenso de la tasa de fecundidad en México, aun con los efectos perversos que tuvo en algunos momentos, la política poblacional ha avanzado sobre todo en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en la implementación de programas de salud para ampliar el acceso a los MA y a los servicios de salud. Sin embargo, en los últimos 15 o 20 años puede hablarse de un estancamiento en la medida en que la cobertura, efectividad y calidad de estos servicios es desigual e insuficiente, en parte por la reticencia gubernamental a darle mayor impulso a la educación sexual, al acceso a los MA modernos y a los servicios de salud, incluyendo el acceso al aborto legal; en parte por las presiones recurrentes de los grupos conservadores y de las Iglesias contra éstos.

Con el regreso del PRI al poder ejecutivo federal a finales de 2012, no se ha dado un giro claro en la política poblacional y actualmente se observan señales contradictorias en los ámbitos de los derechos sexuales y reproductivos, de los derechos humanos y en relación con el Estado laico. A la vez que se reconocen problemas

creencias. Se considera también que la reforma casi simultánea al artículo 40 para definir que la república mexicana es laica, representa un contrapeso a ese artículo (véase Barranco, 2013).

derivados de las deficiencias en las políticas anteriores, y se van tomando medidas para enfrentarlos, hay voces que buscan limitar el alcance de lo que significa adoptar y hacer valer el marco de los derechos humanos, y en particular los de las mujeres en su ámbito reproductivo.

Es evidente que las políticas de población han sido en distintos momentos un ámbito de contención, en particular en lo que se refiere al control de los niveles de fecundidad y su vínculo con la PF. Si bien el Estado mismo reconoció la necesidad de impulsar los programas de PF en los años setenta, su instrumentación en ciertos sectores de la población ha sido insuficiente e inadecuada. Es sin duda contradictorio reconocer que la planificación familiar contribuye a prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y, por ende, abortos, y a la vez limitar los programas o no garantizar el acceso a todos los anticonceptivos y a una educación sexual científica y laica que contribuya a su uso adecuado y eficaz. No es de extrañar que las brechas en el acceso a la PF que afectan a muchas mujeres se hayan ampliado en las últimas dos décadas, tampoco es de sorprender que México tenga muy altas tasas de embarazo adolescente no planeado y haya ocupado el primer lugar entre los países de la OCDE en este rubro (CIMAC, 2013). Ante la falta de programas efectivos, éste ha aumentado puesto que el inicio de la práctica de la sexualidad se da en edades más tempranas y para muchas adolescentes y jóvenes el acceso a los MA es difícil, situación que ha redundado en los mayores niveles de abortos en estos grupos.

En el actual sexenio se han dado algunos signos de mejoría en cuanto al reconocimiento de los problemas que afectan a la salud sexual y reproductiva. Por una parte, en 2013 México apoyó y se adhirió al Consenso de Montevideo, que retoma los compromisos adquiridos por los gobiernos hace 20 años en la CIPD de El Cairo y forma parte de la discusión y elaboración de la agenda de población y desarrollo posterior a 2015 y de la propuesta de una nueva ley de población. Ese documento, emanado de la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe celebrada en agosto del 2013 en Montevideo, establece una posición de vanguardia en materia de aborto y su despenalización.²⁴ En

²⁴ Véase el texto del Consenso de Montevideo en <<http://www.cepal.org/>

éste se adopta una mirada integral de la problemática del aborto, estrechamente asociada a la pobreza, la exclusión, la violencia, la discriminación y las desigualdades que afectan en mayor medida a las niñas, adolescentes y jóvenes, y se plantea la necesidad de fortalecer los Estados laicos y democráticos que garanticen la implementación de leyes, programas y acciones sin la interferencia de posturas ideológico-religiosas que afectan los derechos sexuales y reproductivos. Ante los rezagos en el ámbito de la salud de las mujeres, los altos niveles de mortalidad materna debidos en parte al aborto inseguro, y la demanda insatisfecha de anticoncepción en la población que vive en las condiciones más adversas —en particular niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres—, entre otros puntos, las recomendaciones se centran en la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva integrales de calidad, en asegurar el acceso a una amplia gama de MA modernos, seguros y eficaces, que permiten prevenir los embarazos no deseados, en particular los tempranos en la niñez y la adolescencia, en evitar la transmisión de infecciones sexuales y en eliminar la práctica del aborto inseguro. Por otra parte, el gobierno actual por fin reconoció el problema del embarazo adolescente y aprobó una Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNNA) y diseñó la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, que representan iniciativas y avances significativos.

No obstante, persisten reticencias y obstáculos que afectan la claridad y el potencial transformador de las políticas públicas. En particular, los grupos conservadores, la Iglesia católica y otras Iglesias, están impulsando recurrentes acciones e iniciativas para eliminar el concepto de derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos, de todo documento público (leyes, programas, iniciativas, etc.) en el ámbito nacional. Esta propuesta también se ha observado en el plano internacional, como se ha constatado en las recientes reuniones internacionales organizadas por las Naciones Unidas para definir la continuación y enriquecimiento de la agenda en materia de población y desarrollo definida en El Cairo en 1994.

Así, por ejemplo, en 2014 la LGDNNA no se aprobó sino después de remplazar el concepto de “derechos sexuales y reproductivos” por el de “derecho a la salud sexual y reproductiva”, a instancias del PAN y con apoyo del PRI; además el PAN ha impuesto de manera tajante la inclusión del término “salud sexual y reproductiva” en la Ley de Salud.²⁵ En el mismo sentido, en 2015 la diputada Jiménez Cerrillo, del PAN, quien propuso que se instaurara un día del niño por nacer en el país, ha promovido una iniciativa para eliminar el concepto de “derechos sexuales y reproductivos” de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, 2013-2018 (CIMAC, 2015). Todo esto contradice el marco de derechos humanos reafirmado con la reforma al artículo 1º constitucional así como el espíritu del Consenso de Montevideo.

Los retos actuales son amplios: prevenir y reducir el embarazo de niñas y adolescentes, cerrar la brecha y ampliar el acceso a la anticoncepción para todas las mujeres, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y adecuarlos en función de las características específicas de los distintos grupos de población. Es imprescindible reducir y evitar los embarazos no deseados de las niñas, adolescentes y jóvenes y proporcionarles los servicios necesarios para evitar los abortos inseguros. Es asimismo necesario promover una mayor participación de los hombres para que el peso de la planificación, del embarazo y de la crianza de los hijos, y del riesgo del aborto, no recaiga, sólo o más, en ellas. Otro desafío es prevenir y eliminar la violencia obstétrica²⁶ que se ha manifestado de manera dramática en distintos estados, y ante la cual las autoridades no han tomado una postura clara a favor de las mujeres. Tampoco se ha respondido con la claridad que cabría esperar en una república laica, a la constante injerencia del clero católico y de Iglesias cristianas en la política.

Es necesaria mayor claridad y coherencia en las políticas públicas para enfrentar estos retos en materia de población, sobre

²⁵ Véase por ejemplo, *La Jornada*, 22 de abril de 2015, sobre la Ley de Salud. El argumento del PAN respecto a la LGDNNA fue que se abriría el paso para que los menores de 18 años pudieran abortar (*El Universal*, 23 de octubre de 2014).

²⁶ Nos referimos a la violencia que se genera en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio (GIRE, 2013).

todo cuando está por aprobarse una nueva Ley de Población en la que han participado, a lo largo de 2015, integrantes de la academia y de la sociedad, expertos en el tema. Será importante analizar qué líneas traza respecto a las estrategias en materia de salud sexual y reproductiva, en particular de las mujeres y niñas y, sobre todo, de sus derechos.

Más que certezas, enfrentamos actualmente incertidumbres que nos llevan a plantear interrogantes. Ante las declaraciones del actual presidente de la república que en diversas ocasiones se ha manifestado por respetar y garantizar los derechos humanos, ¿cabe esperar un freno a los intentos de coartarlos? ¿Podríamos leer estas declaraciones como un principio central en la política y programas que se implementarán para respetar y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos? ¿Se modificarán las leyes que vulneran dichos derechos? ¿Se le otorgará a las mujeres la autoridad moral y el acceso efectivo a los servicios de salud para lograr la protección efectiva de estos derechos? Aunque en muchos ámbitos, la brecha entre retórica y realidad sea evidente, quedan abiertas estas preguntas.

2

LA REFORMA DE 2007 Y LAS CONTRARREFORMAS

INTRODUCCIÓN

En el contexto ideológico-político que delineamos en el capítulo anterior, los movimientos de mujeres se consolidan, fortalecen y cobran mayor presencia en el ámbito público. En la Ciudad de México, gracias a las iniciativas feministas y al contexto político local se dan importantes cambios legislativos que culminan con la reforma para despenalizar el aborto en 2007. Éstos desde luego fueron objeto de fuertes ataques y críticas por parte de la jerarquía católica, de grupos antiderechos y del PAN. En este capítulo plantearemos, primero, las acciones y cambios que anteceden a la despenalización del aborto en el D.F., centrándonos en las iniciativas feministas y señalando algunas de las principales intervenciones de los grupos conservadores en distintos momentos;¹ luego, los puntos principales de la reforma de 2007 y las acciones a favor y en contra de ésta, y finalmente, los efectos políticos de la despenalización en términos de contrarreformas que contribuyen a criminalizar el aborto y algunos de los intentos que se han hecho para despenalizarlo en otros estados. Como veremos, si hasta 2008 puede hablarse de avances, sobre todo en el D.F., a partir del fallo de la SCJN que afirma la constitucionalidad de la reforma se dan serios retrocesos en el ámbito nacional, debido a la fuerte reacción

¹ Está por hacerse una historia de las luchas por el derecho a la maternidad voluntaria, que incluya a todos los actores, lo que rebasa los objetivos de este libro. Tarrés (1993) ofrece un estudio muy completo de los años setenta a 1991, con base en información de prensa.

de los grupos antiderechos en alianza con actores políticos, que promueven, y obtienen, reformas legales para “proteger la vida desde la concepción” (o fecundación) en la mitad de los estados del país, con graves repercusiones para la libertad y la vida de las mujeres.

ACCIONES POR LA AMPLIACIÓN DE DERECHOS EN EL D.F.

Después del primer intento fracasado para liberalizar el aborto en el D.F. durante el gobierno cardenista, a partir del año 2000 se dieron en la capital del país una serie de acciones y reformas legales que culminarían en la despenalización del aborto hasta la doceava semana, en 2007. Éstas se desarrollaron en un contexto ideológico-político complejo, con el triunfo electoral del PAN y su ascenso a la Presidencia de la República en el 2000, que conservaría hasta 2012, y la continuidad del gobierno del PRD en el D.F., con mayoría en la Asamblea Legislativa (ALDF) a lo largo de todo el periodo. Los contrastes y tensiones que esto representa se dieron también en la sociedad y tuvieron repercusiones en todo el país, como demuestran los pronunciamientos y acciones a favor y en contra de las sucesivas reformas antes y después de 2007.

Desde principios del año 2000 los grupos feministas dirigieron su lucha hacia la liberalización de la legislación que penalizaba el aborto en el D.F. Con el apoyo de Rosario Robles, jefa de Gobierno interina, la ALDF aprobó en agosto de 2000 reformas al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales que incorporaron a las causales ya existentes, nuevas causales de no punibilidad: la malformación fetal, los riesgos para la salud de la mujer y la inseminación artificial no consentida. Se estableció también que el ministerio público sería el encargado de autorizar el aborto cuando fuera legal, y que las instituciones de salud tendrían la obligación de proporcionar la información necesaria a las mujeres para que tomaran una decisión “de manera libre, informada y responsable”. La iniciativa de la reforma planteaba además que el aborto era un problema de salud pública (Islas de González Mariscal, 2008).

La reacción contra lo que se conoció como “Ley Robles” no se hizo esperar: a un mes de su aprobación, los diputados del PAN y

del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) de la propia ALDF interpusieron un recurso de inconstitucionalidad ante la SCJN. Ésta resolvió, sin embargo, en enero de 2002, que la reforma era constitucional. La Procuraduría General de Justicia del D.F. (PGJDF) y la Secretaría de Salud del D.F. emitieron entonces las normas y lineamientos para regular procedimientos, servicios y obligaciones de los servidores públicos del gobierno del D.F., e implementar los programas para reglamentar el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y brindar el servicio. En 2002 entró en vigor el nuevo Código Penal, que incluyó dichas reformas (Islas de González Mariscal, 2008; Lamas, 2008).

Para armonizarla con este nuevo código, se publicaron en enero de 2004 una reforma a la Ley de Salud y otra al Código Penal, aprobadas por la ALDF, incluso con votos del PAN. La primera establecía la obligación de las instituciones de salud de practicar el aborto en los casos permitidos, de manera segura y gratuita, y de hacerlo en un plazo no mayor de cinco días después de la solicitud. También incluía la objeción de conciencia de los médicos, excepto en casos de emergencia, en que peligrara la vida o la salud de la mujer (Islas de González Mariscal, 2008), y se obligaba a las instituciones públicas de salud a contar con personal no objetor (GIRE, 2008). La segunda sustituía el concepto de “excusa absoluta” del aborto por el de “excluyente de responsabilidad”, con lo cual el aborto dejaba de considerarse delito en casos específicos (GIRE, 2008).

En los años siguientes se dieron diversas acciones para garantizar el respeto a los derechos de las mujeres y ampliar los derechos de diversos grupos. Mientras que en el ámbito federal se aprobaron la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres en 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en 2007, en la ALDF se presentaron iniciativas para crear la figura legal de sociedades de convivencia en el D.F., bloqueada en 2003 pero aprobada en 2006,² gracias a alianzas entre grupos organizados de

² La primera iniciativa para aprobar las sociedades de convivencia fue presentada por la asambleísta Enoé Uranga en 2001, con el apoyo de organizaciones civiles LGBT y de derechos humanos, pero pasó por un tortuoso proceso que no se pudo culminar durante el gobierno de López Obrador (Brito, 2005; Torres Falcón, 2009).

la sociedad civil y representantes progresistas.³ Tanto en el ámbito federal como en el local, estas leyes respondieron a demandas de la sociedad, apoyadas y aprobadas por el poder legislativo, convalidadas también, en el caso de los derechos de las mujeres, por convenciones internacionales.

En lo que respecta al aborto, destacan dos acciones ciudadanas en 2006. Por un lado, en el marco de las campañas electorales, grupos de derechos humanos y de derechos de las mujeres convocados por el Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Victoria, presentaron a los candidatos a la presidencia propuestas en torno al Estado laico, el derecho de las mujeres a la salud y el aborto. En particular, respecto de éste propusieron la homologación de las legislaciones estatales “conforme a los estándares más altos” (GIRE, 2008: 29). Por otro lado, se conformó la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (Andar),⁴ con el fin de vincular a organizaciones y personas comprometidas con la búsqueda de mejores condiciones de salud y educación para las mujeres, y para fortalecer el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, que sería muy activa en 2007.

Los grupos conservadores no quedaron al margen en estas coyunturas. La Iglesia católica y grupos conservadores como el Colegio de Abogados Católicos de México (CACM),⁵ se opusieron a las sociedades de convivencia como luego lo harían, con más agresividad, ante las iniciativas para permitir los matrimonios

³ Un análisis de estas reformas puede leerse en el artículo de Rodolfo Millán Dena “La sociedad de convivencia y los desafíos hacia la normalización”, en Lerner y Melgar, 2010: 305-318.

⁴ Integrada por Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Equidad de Género, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Ipas México y el Population Council, a la que con posterioridad se adhirieron otros grupos y personas.

⁵ Formado en diciembre de 2005, busca “contribuir a la recuperación o al mantenimiento de los principios cristianos en la filosofía y la ciencia del derecho” en todos los ámbitos, incluyendo el legislativo y el judicial, así como “contribuir al mejoramiento del orden jurídico positivo sobre la base de los principios del derecho natural”, según plantea en su página virtual (abogadoscatholicosdemexico.com). Según información de Catholics on the Net (catholic.net) de la que forma parte, buscaba convertirse en “asociación pública de fieles laicos”, “con la venia” del arzobispo primado de México, Norberto Rivera.

entre personas del mismo sexo. La jerarquía católica sacó a relucir su homofobia al atacar la iniciativa como contraria a la naturaleza y como amenaza para la familia.⁶ Por su parte, el presidente del CACM pidió en 2006 al jefe de Gobierno del D.F. que vetara la ley.⁷

LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN EL D.F.

Tras la renovación del PAN en la Presidencia de la República y del PRD en el gobierno del D.F., a finales de diciembre de 2006 se presentó en la ALDF una iniciativa para despenalizar el aborto hasta la doceava semana de gestación. La presentó el diputado local Tona-tiuh González, cuyo partido, el PRI, no se había comprometido abiertamente con la maternidad voluntaria. A esta iniciativa siguió la de la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata (Alternativa-Partido del Trabajo-Convergencia), impulsada por Jorge Díaz Cuervo y Enrique Pérez Correa, del partido Alternativa Social Demócrata y Campesina (PSD), cuya plataforma incluía impulsar la despenalización del aborto, objetivo explicitado en su campaña por su candidata a la presidencia, Patricia Mercado. Esta segunda iniciativa coincidía en la despenalización del aborto antes de la treceava semana pero mantenía el concepto de excluyentes de responsabilidad vigentes así como la objeción de conciencia de los médicos que la primera eliminaba (GIRE, 2008). En el dictamen de las Comisiones Unidas participaron especialistas e integrantes de organizaciones especializadas en el tema, como GIRE, y otras. De éste se derivaron las reformas al Código Penal y a la Ley de Salud del D.F., aprobadas por 46 votos a favor, 19 en contra y una abstención el 24 de abril del 2007: votaron a favor 34 asambleístas del PRD, 2 del Partido del Trabajo (PT), 1 de Convergencia, 2 del PSD,

⁶ Para leer algunas de las declaraciones de los obispos mexicanos y grupos conservadores acerca de las sociedades de convivencia y los matrimonios de personas del mismo sexo, véanse Brito (2005), y Melgar y Lerner (2013: 152-156).

⁷ Véase la página de Armando Martínez Gómez, presidente del CACM, para más información sobre sus iniciativas contra la diversidad, la despenalización del aborto, y por la “defensa de la libertad religiosa” (armandomartinezgomez.blogspot).

3 del PRI y 4 del Partido Nueva Alianza (Panal); en contra votaron todos los 17 del PAN y los 2 del PVEM; la abstención fue del PRI.

El debate público y las acciones de la sociedad civil antes y después de la aprobación de la reforma fueron intensos. La discusión en torno al aborto, siempre álgida, se dio en una sociedad polarizada por las elecciones de 2006, que muchos consideraban fraudulentas.⁸ En las calles, en los pasillos de la ALDF, en foros académicos, y sobre todo en los medios de difusión, amplios y diversos sectores airearon protestas y apoyos a la reforma, con argumentos, discusiones, gritos y amenazas.

La derecha y sus grupos organizados, como el CACM, la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) y el Movimiento Somos Vida, apoyados por la jerarquía católica y grupos cristianos,⁹ se manifestaron contra lo que consideraban un homicidio y un atentado a la familia, mientras el PAN encabezaba la oposición en la ALDF. Los grupos feministas, de académicas y activistas, defendieron el derecho a decidir de las mujeres, su libertad para trazar y vivir su propio proyecto de vida, y exigieron que la religión no interviniera en la política.

Las críticas de la jerarquía católica se centraron en la defensa, sin excepciones, de la vida desde el momento de la concepción y hasta el momento de la muerte natural. Sus voceros más agresivos, como el cardenal Norberto Rivera, amenazaron con la excomunión a las mujeres que se practicaran la interrupción del embarazo, a todo el personal médico involucrado en ésta, así como a los funcionarios públicos que apoyaran la reforma. El PSD y organizaciones de la sociedad civil denunciaron estas transgresiones a la Ley de

⁸ Los principales candidatos a la presidencia fueron Felipe Calderón Hinojosa por el PAN y Andrés Manuel López Obrador por el PRD. Éste había sido objeto de un intento de desafuero por parte del gobierno federal de Vicente Fox. La mínima diferencia con que se otorgó el triunfo a Calderón, la protesta de López Obrador con un plantón de varias semanas en Paseo de la Reforma, incidieron en la intensificación y prolongación de un ambiente de polarización política después de las elecciones.

⁹ Dentro de las Iglesias cristianas hay diferencias, pero las principales Iglesias cristianas en México se han manifestado contra la despenalización del aborto, por eso aquí nos referimos en general a grupos cristianos, sin distinciones específicas. Para ver algunas de las Iglesias que se manifestaron contra la despenalización en el D.F., consúltese Balboa, 2007.

Asociaciones Religiosas y Culto Público ante la Secretaría de Gobernación, la cual inició —después del 24 de abril— un procedimiento administrativo contra el cardenal Rivera y su vocero Valdelamar. Sin embargo, como señala Hernández Vicencio (2011), esta instancia fue omisa e incluso justificó la intervención del clero nacional y del Papa en la política, con el argumento de que no lo hacían en periodo electoral. Por su parte, voceros del Vaticano aclararon que no se podía excomulgar a los funcionarios que la aprobaran ni a quienes abogaran por la reforma. Grupos conservadores religiosos se manifestaron contra la despenalización en las calles de la Ciudad de México, Guadalajara, Toluca y Mérida, muchas con imágenes religiosas y fetos en miniatura configurados como bebés.¹⁰

También intensificaron su presencia pública organizaciones de viejo y nuevo cuño, como la UNPF, el CACM, el Opus Dei, los Caballeros de Colón, la Asociación Nacional Cívica Femenina (Ancifem),¹¹ Yo Influyo... Por ejemplo, además de movilizaciones previas, incluyendo dos peregrinaciones a la Basílica de Guadalupe y a la Catedral, tras la aprobación de la reforma, la UNPF inició casi de inmediato una campaña para revertir la despenalización a la que destinarían “unos cuantos miles de millones de pesos” donados por empresarios e integrantes de la organización.¹² Su presidente llamó a los médicos

¹⁰ Para hacer la historia de la participación de grupos a favor de la despenalización nos basamos principalmente en Lamas, 2008; GIRE, 2008, prensa y observación personal; la información relativa a los grupos conservadores proviene de estas fuentes, de Hernández Vicencio (2011) y de información en los medios y portales de internet de organizaciones y personas. Las referencias y citas de leyes provienen de éstas directamente o de Islas de González Mariscal (2008) cuando así se indica.

¹¹ Fundada en 1973. Entre sus principios, esta organización incluye: “La vida desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte”. Adopta el discurso de derechos humanos, al incluirlos en sus principios. Entre sus actividades impulsa la capacitación para el liderazgo social y la de candidatas y colaboradoras de campaña en partidos de derecha. Ha recibido dinero del Instituto Republicano Internacional (IRI), organización conservadora de EUA, vinculada al Partido Republicano. Véase su portal electrónico: <ancifem.org> y González Ruiz (2005).

¹² El presidente de la UNPF anunció que en esta campaña difundirían carteles y trípticos para “advertir las repercusiones psicológicas y físicas del aborto”; su cartel mostraba la imagen “de un feto destruido por el legrado” (Viayra Ramírez, 2007). Esta organización, según González Ruiz (2005), también recibe fondos del IRI y de otras organizaciones conservadoras internacionales.

a recurrir a la objeción de conciencia y pidió a los obispos que instaran a los feligreses a no votar por quienes habían aprobado el aborto (Viayra Ramírez, 2007), haciendo eco al cardenal Rivera. Por su parte, el presidente del CACM exigió un referéndum sobre los cambios legislativos propuestos pero no reunió el apoyo ciudadano que requería el Instituto Electoral del D.F. para instrumentar ese tipo de consulta (GIRE, 2008). El grupo Provida fue menos activo que en otros momentos, debido a los escándalos de corrupción de su líder, Serrano Limón, pero éste no se abstuvo de increpar al ejecutivo local.

Por su parte, el presidente Calderón se declaró personalmente contra el aborto, pero respetuoso, como funcionario, de las decisiones legislativas, mientras que su esposa, presidenta del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), como bien recuerda Hernández Vicencio (2011), se declaró públicamente a favor de la vida y por ofrecer “alternativas” a las mujeres para que no abortaran (GIRE, 2008). Tras la aprobación de las reformas, el presidente abandonó esa posición aparentemente moderada.

A su vez, las organizaciones civiles de Andar y las que se unieron a ellas en esa coyuntura, proporcionaron evidencias científicas que sustentaban la libertad de elegir y mostraban que el aborto inseguro constituía un problema de salud y de injusticia social, ya que las mujeres pobres eran las más afectadas por la penalización. Cuestionaron la postura de los conservadores afirmando que “quien pensara que había una persona desde el momento de la concepción, que actuara en consecuencia”, es decir según su conciencia (GIRE, 2008: 46). También fue importante la reivindicación de la laicidad¹³ del Estado mexicano, como base fundamental para reafirmar que las creencias religiosas deben quedar fuera de las políticas públicas y de las decisiones legislativas. En este sentido fue significativa no sólo la participación de abogados constitucionalistas sino también

¹³ Como explica Roberto Blancarte, la laicidad es “el Estado no confesional. También puede señalarse como la exclusión de la religión del ámbito público, pero, sobre todo, la laicidad puede definirse como *un régimen social de convivencia, cuyas instituciones políticas están legitimadas principalmente por la soberanía popular, y [ya] no por elementos religiosos*. Por eso el Estado laico surge realmente cuando el origen de esa soberanía ya no es sagrada sino popular” (Blancarte, 2001: 847).

la de organizaciones católicas progresistas, como Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), el Centro de Estudios Sociales y Culturales “Antonio de Montesinos” o el Centro Nacional de Comunicación Social (Cencos), que señalaron la falta de acuerdo teológico acerca del momento en que una vida en gestación se puede considerar persona, y defendieron la libertad de conciencia, argumentos que contrarrestaban la presión política de la jerarquía católica. Desde el ámbito científico, el Colegio de Bioética expuso en foros públicos la explicación de que “el embrión de 12 semanas no es un individuo biológico ni mucho menos una persona” y la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud se expresó en favor de “un diálogo razonado” para que “cada persona pueda llegar a una conclusión más informada y acorde a sus valores” (GIRE, 2008: 48).

Además de los logros y trabajos previos de los movimientos de mujeres progresistas, la coyuntura política favoreció a quienes apoyaban la iniciativa. Por un lado, contaban con el jefe de Gobierno del D.F., la mayoría de la ALDF y los funcionarios de salud, la aprobación de la ciudadanía más liberal del país, y supieron crear amplias alianzas. Por otro lado, no obstante el peso de la derecha y el tradicional activismo contra el aborto del Comité Provida y de la Iglesia católica, acusaciones de malos manejos y de encubrimiento de pederastia, respectivamente, le habían restado autoridad moral a sus máximos líderes (GIRE, 2008).

Pocos días después de aprobarse la despenalización del aborto hasta las 12 semanas, los hospitales públicos del D.F., empezaron a ofrecer servicios seguros de ILE.¹⁴ Sin embargo, la intensa polémica que acompañó la reforma desde la presentación de la iniciativa sería tan sólo el inicio de una confrontación ideológica, política y legal entre los defensores de los derechos de las mujeres y los de los “derechos del embrión” que, desafortunadamente, aún no se ha cerrado.

¹⁴ Debido a la oposición del secretario de Salud (con el probable acuerdo o a iniciativa del presidente) y del director del IMSS, se arguyó que los hospitales federales ubicados en el D.F., se regían por otras normas para no ofrecer este servicio, aun cuando, como señala Hernández Vicencio (2011), el IMSS y el ISSSTE lo ofrecían desde antes para casos de aborto legal. Así los máximos funcionarios de Salud se opusieron en la práctica al interés público que en última instancia significaban las reformas. Hasta ahora esta política no ha variado.

¿Qué cambiaron las reformas de 2007?

Las reformas aprobadas por la ALDF en abril del 2007 que modificaron nuevamente el Código Penal y la Ley de Salud del D.F., establecieron un marco legal moderado en el contexto de las legislaciones que han despenalizado el aborto en función de plazos en el proceso de gestación. No eliminaron la tipificación del aborto como delito, resignificaron el término para que sólo se entienda por “aborto” su práctica después de las doce primeras semanas del embarazo; antes sólo se hablaría de “interrupción (legal) del embarazo”. Esto contrasta con el concepto más general de aborto y su definición legal en el Código Penal Federal y, con variantes, en los de las entidades federativas.

En el Código Penal Federal el aborto se define como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez” (art. 329). Se le considera como un delito sujeto a sanciones penales que van de seis meses a un año de prisión para la mujer “que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar si concurren estas tres circunstancias [relacionadas con la honra y la reputación]: que no tenga mala fama; que haya logrado ocultar su embarazo; y que éste sea fruto de una unión ilegítima”, y de uno a cinco años ante la ausencia de estas circunstancias (art. 332). Se sanciona también con penas de uno a tres años de cárcel “al que hiciere abortar a una mujer”, si lo hace con el consentimiento de ella; si falta el consentimiento, “la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral será de seis a ocho años” (art. 330). Además de estas sanciones, a los “médicos, cirujanos, comadrón (*sic*) o partera” involucrados, se les suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión (art. 331). En el plano normativo, el aborto no es punible sólo bajo dos causales: cuando se dé por imprudencia de la mujer embarazada y cuando el embarazo sea resultado de una violación (art. 333); y no se sanciona cuando, “de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio de un médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora” (art. 334).

Como bien plantea GIRE, “en México se sigue considerando el aborto como un tema de política criminal (como un delito), es

decir que, en lugar de reconocer a las mujeres como titulares de derechos, se les ubica como posibles criminales” (GIRE, 2013: 55). Lo que modifica la reforma al Código Penal del D.F., en 2007 con la redefinición del aborto en términos jurídicos, es precisamente este enfoque punitivo en las primeras doce semanas del embarazo: para la ley, lo que se da hasta antes de la semana 13 es una interrupción del embarazo, legal gracias a esta reforma. En cambio, se mantiene el delito de aborto y su penalización a partir del segundo trimestre, pero se preservan también las excluyentes de responsabilidad penal anteriores, más amplias que en el Código Penal Federal. Es decir, aunque persiste un enfoque punitivo, se vuelve más moderado, gradualista, como también señala GIRE.

Para dar un panorama lo más claro posible, conviene resumir qué implican estas modificaciones al Código Penal (CP) del D.F. y las reformas a la Ley de Salud:¹⁵

1. Se reformula la definición jurídica de aborto y su penalización, de modo que el “aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”. Por lo tanto, con la figura de “interrupción legal del embarazo”, son abortos legales los que se realizan dentro de las primeras 12 semanas de gestación, a petición de la mujer (art. 144 CP del D.F.). Éste es un referente temporal que prevalece en un gran número de países que han legalizado el aborto. Por lo demás se mantiene el aborto legal para ciertas causales.
2. Se aclara explícitamente el concepto de embarazo, definido como: “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio” (art. 144, CP del D.F.). Esto elimina la discusión acerca de “la vida desde la fecundación”.

Estas dos reformas, y sobre todo la segunda, son las que mayor controversia e intensa disputa han provocado entre las fuerzas conservadoras.

¹⁵ Seguimos en este apartado a Lamas (2008) básicamente, pero con algunos argumentos más y citas del Código Penal o de la Ley de Salud, e información de Islas de González Mariscal (2008).

3. Se reducen las sanciones para las mujeres que se practiquen un aborto, ya sea que se lo autopractiquen o que consientan que otro las haga abortar después de las 12 semanas de embarazo. Antes del 2007 la penalidad era de 1 a 3 años de prisión; con la reforma pasó a ser de 3 a 6 meses de prisión y de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad (art. 145, CP del D.F.).
4. Se protege la maternidad libre y voluntaria de las mujeres que hayan sido obligadas a abortar, mediante la figura del “aborto forzado”, definido como: “la interrupción del embarazo en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada” (art. 146, CP del D.F.). Se mantienen las mismas penalidades que en el código anterior a la reforma (de 5 a 8 años de prisión), excepto cuando se hubiera dado violencia física o moral hacia la mujer por parte de los proveedores de servicios, caso en que la pena es 2 años más alta en el código reformado (arts. 145 y 146, CP del D.F.).
5. Se explicitan las mismas excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto, es decir después de las 12 semanas de gestación: por violación y por inseminación artificial no consentida, por conducta culposa de la mujer, por peligro para la salud de la mujer, por alteraciones genéticas y malformaciones graves (art. 148). Se establece en ese mismo artículo que los médicos deberán “proporcionar a la mujer embarazada información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable”.
6. Se modifica el artículo 16bis 6 y se añade el art. 16bis 8 a la Ley de Salud del D.F. (LSDF) para obligar a las instituciones de salud del D.F. a proporcionar servicios de ILE a cualquier mujer que cubra los requisitos, y establecer la prioridad de estos servicios como una forma de garantizar el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, especificado en el artículo 4º constitucional. A esto se añade la instrumentación de políticas públicas y de programas y servicios relacionados con la educación sexual, la maternidad y pater-

nidad, el acceso a la anticoncepción “para reducir el índice de abortos, mediante la prevención de embarazos no planeados y no deseados”. Se establecen, además, normas precisas para la prestación de los servicios médicos de la ILE (art. 16bis 8, LSDF).

7. Se mantiene en la LSDF lo que ya se había establecido: la objeción de conciencia del personal de salud, con excepción de situaciones de emergencia (salvar la vida de la mujer o su salud), y siempre y cuando las instituciones públicas garanticen contar con personal no objetor de conciencia para esta práctica (art. 16bis 7).

Cabe destacar que, al obligar a las instituciones de salud pública del D.F., a ofrecer servicios gratuitos y seguros conforme a esta ley, la reforma busca garantizar el acceso de todas las mujeres a la ILE, cualquiera que sea su condición socioeconómica. Además, mediante la consejería previa y posterior al aborto que se ofrece a quien solicita la ILE, la mujer tiene la opción de decidir no llevarla a cabo o firmar una carta de consentimiento informado; en cualquier caso, recibe información y puede acceder a métodos anticonceptivos para evitar nuevos embarazos no planeados, y sobre todo nuevos abortos. Por otra parte, el hecho de mantener la objeción de conciencia de los médicos y especificar la obligación de las instituciones de contar con médicos no objetores, corroboró la orientación democrática de quienes aprobaron la reforma al no imponer a los individuos una acción que pueden considerar contraria a sus creencias religiosas o personales, y al obligar a la vez a las instituciones públicas a garantizar el acceso de las mujeres a la ILE en sus instalaciones.

Como puede notarse, la reforma del D.F., enfoca el aborto inseguro como un problema de política de salud, de justicia social y de discriminación, y sobre todo como un asunto de derechos humanos, al reconocer el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y proporcionarle el acceso libre y gratuito a servicios de salud para la interrupción legal y segura de su embarazo hasta las 12 semanas, así como bajo ciertas causales después de este plazo. Pese a la claridad de sus implicaciones en términos legales y de salud, la reforma fue atacada en cada uno de sus puntos. Pese a su

moderación, a sólo un mes de haberse aprobado fue legalmente cuestionada ante el tribunal supremo. La reacción conservadora iniciaba sus ataques desde el ámbito legal.

LA OFENSIVA CONSERVADORA Y SUS CONSECUENCIAS

Desde los años noventa, los grupos conservadores en el ámbito internacional diversificaron sus estrategias de proselitismo y de ataque a las posturas favorables al aborto. No sólo adoptaron los términos del discurso de los derechos humanos y más adelante los de género, distorsionándolos, sino que han desarrollado lo que Vagione (citado por Morán) llama un “activismo religioso”, reactivo. En particular, como explica José Manuel Morán Faúndes, los grupos “provida y profamilia” se han constituido en brazo civil de las religiones. Trabajando como asociaciones civiles, recurren a cuatro estrategias básicas: las manifestaciones en las calles, la “acción directa” para impedir que las mujeres aborten, el cabildeo y la incidencia entre legisladores y funcionarios, y la judicialización (Morán Faúndes, 2015).

Siguiendo esta tendencia, en el caso de México, grupos conservadores de orientación católica como Provida o el CACM, entre otros, han adoptado estas estrategias o han apoyado a quienes las han esgrimido contra los derechos de las mujeres, en particular en el caso del aborto, de las uniones de personas del mismo sexo e incluso en el caso de la educación sexual laica y de la planificación familiar. En efecto, además de su acción callejera y de proselitismo entre la población y la élite política, a partir de 2008, sobre todo, pueden documentarse su creciente injerencia en las legislaturas, sus estrategias de acción directa para impedir que las mujeres recurran a la ILE en hospitales públicos o al aborto legal en clínicas, y su apoyo a la judicialización de la disputa en torno al derecho a decidir (o su participación velada en ella) en el caso de las acciones de inconstitucionalidad. Así por ejemplo, los líderes de la UNPF y del CACM pidieron a la PGR que presentara una acción de inconstitucionalidad contra la despenalización del aborto. El presidente del CACM argumentó, por escrito, que no se había realizado la consulta pública que él había demandado y que la reforma violaba

el Pacto de San José, por el cual, según su interpretación, México se obligaba a proteger la vida “desde la concepción” (Castillo García, 2007).

En las estrategias legislativas y judiciales, más de una vez coinciden o se asocian los intereses de este tipo de organizaciones con los partidos políticos. En 2007 el PAN expresó en la ALDF argumentos semejantes a los del CACM, y antes que éste intentó presentar una acción de inconstitucionalidad mediante una fracción de la ALDF, pero no logró cambiar la postura de los 4 diputados del Panal, crucial para ello (GIRE, 2008); tampoco tuvieron éxito las diputadas panistas que pidieron a la CDHDF que presentara dicho recurso.¹⁶ El partido y sus voceros apoyarían desde luego la postura de las instancias del gobierno federal que, en nombre del apego a la legalidad, impugnarían las reformas.

2007-2008: las acciones de inconstitucionalidad y la sentencia de la SCJN

El 24 de mayo de 2007, el presidente de la CNDH, José Luis Soberanes, y el procurador general de la república, Eduardo Medina Mora, interpusieron ante la SCJN sendas acciones de inconstitucionalidad (146/2007 y 147/2007) para impugnar las reformas aprobadas por la ALDF en materia de aborto. Si bien justificaron sus acciones como parte de su función pública, para muchos era evidente que contaban con la anuencia del presidente Calderón (o actuaban por iniciativa suya). En todo caso, resultaba por lo menos llamativo que el presidente de la CNDH no hubiera consultado a su Consejo Ciudadano y que se pronunciara con tanta energía en un caso de ampliación de derechos cuando la CNDH había sido más de una vez omisa respecto de violaciones graves a los derechos humanos.¹⁷

¹⁶ No es un detalle menor que una de estas diputadas, Mariana Gómez del Campo, fuera sobrina de Margarita Zavala, como bien recuerda Hernández Vicencio (2011), y una de las voceras más enérgicas de la postura contraria a la despenalización.

¹⁷ Entre otros ejemplos, baste mencionar el caso de Ernestina Ascencio, violada por militares en 2007, cuya muerte el presidente Calderón atribuyó a un problema gástrico, con el subsecuente aval de la CNDH.

Los principales argumentos de estos funcionarios eran que las reformas eran inválidas porque: 1) la ALDF no tenía competencia para legislar en materia de salud; 2) la reforma violaba el derecho a la vida (Cossío *et al.*, 2012: 35-36). Además planteaban otros argumentos muy semejantes. Soberanes, por ejemplo, presentó como conceptos de invalidez de los nuevos artículos 144, 145 y 146 del Código Penal del D.F., que se oponían al “derecho a la vida del producto de la concepción”, protegido, explicaba, por la Constitución y tratados internacionales, en particular la Convención Americana de Derechos Humanos. También planteaba que al otorgarse a la mujer el derecho a decidir abortar, se violaba el principio de igualdad entre hombres y mujeres y el “derecho a la procreación” que, según él, el artículo 4º constitucional otorgaba “a la pareja” y era por tanto “de ejercicio conjunto”. Interpretaba que desde la concepción “se generan obligaciones para la mujer y derechos para el padre” y que el “derecho a la procreación” de éste se debía respetar. Objetaba asimismo que las menores de edad pudieran acceder a la ILE sin que se especificara que requerían el consentimiento de padres o tutor, y, extrañamente, que la reforma no respetaba la objeción de conciencia de los médicos.

Los argumentos de Medina Mora eran prácticamente los mismos: para él, el derecho a la vida era “la base de todos los derechos” y el Estado tenía la obligación de protegerlo “desde la concepción”; igualmente afirmaba que el derecho a la procreación era “del hombre y la mujer”, y argumentaba también que se discriminaba al producto de la concepción por plazos, pues hasta las 12 semanas quedaba desprotegido.¹⁸

En los informes que presentaron ante la SCJN en relación con estas demandas, el presidente de la Comisión de Gobierno de la ALDF y el jefe de Gobierno del D.F., por su parte, argumentaron en contra de estos planteamientos, básicamente defendiendo la competencia de la ALDF en materia penal, los derechos de las mujeres,

¹⁸ Toda esta exposición de los argumentos de la CNDH y la PGR y, en los párrafos siguientes, de la ALDF y el jefe de Gobierno, se basa en el Acuerdo del Tribunal del Pleno [de la SCJN] sobre la acción de inconstitucionalidad 146/2007 y acumulada del 28 de agosto de 2008, disponible en <www2.scjn.gob.mx/juridica/engrose/cerrados/publico/07001460.019.doc>. Las citas provienen de ese documento.

y recalcando que el derecho a la vida no es absoluto. Ambos cuestionaron la autoridad del presidente de la CNDH para interponer el recurso de inconstitucionalidad por no haber tenido en cuenta a su Consejo Ciudadano. En lo sustantivo, el primero afirmó que “los titulares de los derechos fundamentales son personas” y que en caso de ponderación debían prevalecer los derechos de la mujer. En cuanto al derecho a la procreación, afirmó que, de quitársele a la mujer el derecho a la autonomía por el hecho de la fecundación, se le estaría quitando “la libertad reproductiva” y que se le subordinaría al derecho del embrión y del hombre.

Por su parte, en su informe el jefe de Gobierno afirmó que “[n]inguno de los tratados internacionales suscritos por el Estado Mexicano prohíben la interrupción del embarazo, ni reconocen el derecho a la vida desde la concepción”. Argumentó que las reformas se apegaban a las exigencias de técnica legislativa y seguían los principios de los derechos humanos y de los derechos de las mujeres. Lo mismo que en el informe de la ALDF, rebatió el supuesto derecho a la procreación del padre como argumento válido.

Dada la importancia y complejidad del tema, la Corte decidió realizar una serie de audiencias públicas para escuchar las distintas posiciones y argumentos de los diversos sectores de la población que estaban a favor y en contra de la despenalización del aborto,¹⁹ así como los argumentos de quienes habían presentado las acciones de inconstitucionalidad y de representantes del Gobierno del D.F. que defendían la constitucionalidad de la reforma. Como expresara en la apertura de la primera audiencia el ministro presidente, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, la Corte respondía a los principios de “derecho a la información, la transparencia en el quehacer público y la imparcialidad en la impartición de justicia” (Ceballos y Fernández, 2008: 62). Sin duda, estas audiencias representaron la oportunidad histórica de considerar la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones en torno al espinoso tema que se discutía, y de escuchar y dar a conocer los argumentos expuestos desde perspectivas contrarias y desde ámbitos de acción social diversos, que fueron ampliamente difundidos por los medios de comunicación.

¹⁹ Véase en el capítulo introductorio el procedimiento establecido por la SCJN para la realización de las audiencias.

En la segunda parte de este libro analizaremos distintas facetas de los argumentos que se presentaron en esas audiencias públicas, pero conviene aquí sintetizar los puntos principales de cada posición. Coincidimos con GIRE (2008) en que los argumentos en contra de la constitucionalidad de la reforma se desarrollaron básicamente a partir de la creencia en la existencia de un ser humano desde el momento de la concepción. En cambio, los argumentos favorables a la reforma se centraron en: 1) el derecho de la mujer a una maternidad libre y voluntaria, reconocido en el artículo 4º constitucional; 2) el derecho de las mujeres a la salud, y 3) las evidencias científicas de que la interrupción legal del embarazo solucionaba problemas de justicia social y salud pública, y añadimos, 4) el principio de laicidad constitutivo del régimen republicano mexicano.

Tras escuchar todos los puntos de vista y debatir en el Pleno, la SCJN declaró constitucional la reforma el 28 de agosto del 2008, con 8 votos a favor y 3 en contra.²⁰ El 2 de marzo de 2009 se hizo pública la sentencia.²¹ Como señala Ortiz Millán (2009), la decisión de la Corte se sustentó en el reconocimiento de tres puntos fundamentales: 1) el derecho de la mujer sobre su propio cuerpo (lo que implica salvaguardar los derechos humanos de las mujeres para decidir sobre su salud física y mental y respecto de su vida); 2) el derecho a la vida no es un derecho absoluto o un “superderecho” que esté por encima de los demás derechos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales suscritos por México, por lo que, cuando entra en conflicto con otros, es tarea del legislador ponderarlos, y 3) la facultad que tienen los congresos locales para decidir la normatividad penal, aunque la legislación sobre salud sea atribución federal (Cossío *et al.*, 2012), con lo que avaló entonces la despenalización del aborto por parte de la ALDF.

²⁰ Como señalan Cossío *et al.*, “las resoluciones de la SCJN sólo pueden invalidar normas sujetas a recurso de inconstitucionalidad con 8 votos mínimo (Cossío *et al.*, 2012, nota 40: 33).

²¹ La redacción del engrose de la sentencia estuvo a cargo del ministro José Ramón Cossío Díaz y en ella se incluyen los votos concurrentes de siete de los ministros del grupo que votó a favor de la constitucionalidad y de los 3 que votaron en contra. Los textos presentados por los exponentes a favor y en contra de la constitucionalidad de la reforma del D.F., y por tanto de la despenalización, en las audiencias celebradas en la SCJN, pueden consultarse en la versión taquigráfica de las audiencias.

Conviene recalcar respecto a la protección de la vida que, como explican Cossío *et al.*, si bien la Convención Americana de Derechos Humanos, firmada por México, establece que la vida “estará protegida por la ley, y en general, desde el momento de la concepción” (art. 4), esta protección explícitamente “general”, no es obligatoria. Lo que protege la Constitución mexicana es el derecho a no ser privado arbitrariamente de la vida (Cossío *et al.*, 2012), por lo que no es obligatorio penalizar la interrupción del embarazo. Este argumento, central, ya había sido expuesto respecto de la acción de inconstitucionalidad del 2000 contra la excusa absolutoria para casos de malformaciones genéticas o congénitas del producto, aunque con sustentos legales distintos (Cossío *et al.*, 2012).

Por otra parte, durante las discusiones, algunos de los ministros reconocieron en sus exposiciones el derecho de las mujeres a la igualdad, la no discriminación, y a su dignidad humana, derechos que deben ser protegidos y garantizados por el Estado y sus instituciones para evitar los riesgos de un aborto clandestino, inseguro. Cabe destacar también que la sentencia de la Corte se sustentó en principios que definen el carácter laico y democrático del Estado mexicano.

La reacción: las reformas antiderechos en las constituciones estatales

Pese al gran avance que significó la despenalización del aborto en el D.F., ésta no se ha extendido al resto del país. Las acciones de inconstitucionalidad de 2007 sólo fueron el inicio de un fuerte embate contra la liberalización del aborto y el derecho a decidir de las mujeres que se ha llevado a cabo principalmente mediante una estrategia de incidencia legislativa que, entre 2008 y 2010, impactó en las constituciones y leyes de 16 estados y no ha cesado desde entonces, aunque tampoco ha tenido el mismo éxito.

A sólo tres meses del fallo de la Corte, en diciembre del 2008, se empezaron a publicar en las gacetas oficiales de algunos estados reformas a sus constituciones y, en algunos casos —los menos—, a los códigos penales. Estas reformas establecen “el derecho a la vida desde el momento de la concepción” (o fecundación) que el Estado ha de proteger, concepto presente en la Convención Ame-

ricana ya citada, difundido por la jerarquía católica y representantes del Vaticano durante los debates de 2007-2008, y defendido por las fuerzas conservadoras ante la SCJN. En cuanto refuerzan el estigma del aborto y crean zonas de ambigüedad e incertidumbre jurídica en los ámbitos legal y social, estas contrarreformas han acarreado graves consecuencias para las mujeres.

Esta estrategia legal puede verse como efecto perverso del reconocimiento de la competencia de los congresos locales para legislar sobre el tema del aborto, como lo había hecho la ALDF. Cuando se interpusieron recursos de inconstitucionalidad contra estas modificaciones en algunos estados, como Baja California, éste fue uno de los argumentos para convalidar esa reforma conservadora. Esta estrategia también muestra la fuerte influencia de la Iglesia católica hegemónica y otras Iglesias, y de los grupos de derecha en diversos integrantes de todos los partidos políticos, ya que en distintos estados legisladores de diversas ideologías, no sólo los del PAN, votaron a favor de este tipo de reformas.

Así por ejemplo, en Chiapas la iniciativa antiderechos se aprobó por unanimidad, con la participación del PRI, PAN, PRD, PT, Panal, Convergencia y el PVEM; en Oaxaca, el PRD votó en contra; Convergencia se dividió, el PRI y Panal votaron a favor; en Guanajuato, 2 diputados del PRI y uno del PT votaron a favor de la contrarreforma, mientras que los del PRD, PVEM y 4 del PRI salieron del recinto para no votar; en Sonora, PRD y Panal votaron en contra, el PRI, excepto un diputado que no asistió, votó masivamente a favor²² (Enríquez y Sotelo, 2015, inédito). Éstos son sólo algunos ejemplos de la colusión de todos los partidos con intereses conservadores que atentan contra los derechos de las mujeres. Como bien señalan Enríquez y Sotelo, ante la participación de legisladores de todos los partidos en la aprobación de leyes que otorgan total o parcial protección al producto de la concepción o fecundación, es urgente un debate público y “revisar si lo hicieron por ignorancia en los temas de

²² Cabe señalar que la entonces presidenta del PRI (2008-2010), Beatriz Paredes, cuestionada ante la avalancha de reformas de este tipo en que participaban legisladores priistas, argumentó en su respuesta a organizaciones civiles que ella no intervenía porque el PRI era “democrático”. Véase el cuestionamiento subsecuente de Marta Lamas en su artículo “Las mujeres y el silencio de Beatriz”, en *Proceso*, 27 de enero 2012.

salud sexual y derechos reproductivos, por ambición de poder, por presión de sus grupos parlamentarios, por temor a perder votos en un tema polémico o por convicciones y creencias que vulneran la laicidad del Estado y su democracia”.²³

A la fecha, la protección del “derecho a la vida desde la concepción” (o la fecundación) es oficial en 17 estados; en 8 más han quedado pendientes iniciativas en el mismo sentido que se presentaron entre 2008 y 2012;²⁴ en Veracruz se intentó modificar la constitución estatal pero la fuerte oposición logró frenar esa iniciativa, pero no proteger a las mujeres de sanciones aberrantes como el tratamiento con “medidas educativas y de salud” (art. 150, CP, Veracruz, 2009) que le impone el código penal estatal a la mujer que haya abortado, seguida de cárcel si reincide.

El cambio de partido en la Presidencia de la República, a finales del 2012, no ha frenado los intentos por minar el Estado laico y los derechos de las mujeres. Así, se han presentado nuevas iniciativas para proteger la vida desde la concepción o normalizar la equiparación de embrión y “persona” que conlleva. Por ejemplo, en Nuevo León se intentó legislar a favor del “derecho a la vida desde la fecundación” en mayo de 2014 pero hubo fuerte oposición y organizaciones sociales presentaron a su vez, en junio, un proyecto para despenalizar el aborto como en el D.F. La iniciativa antiderechos quedó en suspenso. Lo mismo sucedió en Guerrero en 2014.²⁵

²³ Agradecemos a Lourdes Enríquez y a Arturo Sotelo la autorización para usar sus datos y citar su artículo, aún inédito, “Activismo jurídico en la defensa de los derechos reproductivos” (2015).

²⁴ Los primeros estados en aprobar las reformas en sus constituciones fueron Baja California (declarada como constitucional por la SCJN en 2011) y Morelos, en diciembre de 2008; durante el 2009 se agregaron otros 12 Estados (Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán), y en 2010, 2 estados más (Chiapas y Tamaulipas). Chihuahua aprobó la reforma desde 1994, durante el gobierno panista de Barrio Terrazas. Entre 2008 y 2012 se presentaron 8 iniciativas en este mismo sentido, pero no se han aprobado (Aguascalientes, Baja California Sur, Estado de México, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas), en los que aún está pendiente la discusión en el seno de los congresos locales (GIRE, 2013).

²⁵ En el caso de Guerrero se intentó primero aprobar una iniciativa antiderechos y posteriormente el ejecutivo local envió una iniciativa para despenalizar el aborto, que no se aprobó.

Aunque es evidente la rapidez y fuerza de la embestida conservadora, la sociedad, organizaciones e incluso autoridades progresistas (o más propicias a los derechos de las mujeres) de los estados han reaccionado a su vez contra estas reformas de fondo confesional, recurriendo también a estrategias legales y judiciales. Así, por ejemplo, se presentaron recursos de inconstitucionalidad contra las reformas conservadoras en San Luis Potosí, Baja California, y en municipios de Querétaro, Guanajuato y Oaxaca, y amparos en 12 estados.²⁶ En San Luis Potosí interpuso la acción una diputada local, en Baja California lo hizo la Procuraduría de Derechos Humanos y Protección Ciudadana de esa entidad, y en los otros tres estados, un municipio. En los primeros dos casos, 7 de los 11 ministros de la SCJN votaron en 2011 por la inconstitucionalidad de las reformas: faltó uno para que este fallo invalidara las reformas en esos dos estados.²⁷ En el caso de las controversias constitucionales interpuestas por municipios, la SCJN votó a favor del municipio de Arroyo seco, Querétaro, e invalidó la reforma constitucional por irregularidades en el proceso (2013), pero no hizo lo mismo con el municipio de Uriangato, Guanajuato, ni con el de Asunción Ixtaltepec, Oaxaca.²⁸

Por otro lado, organizaciones de la sociedad civil en diversas entidades han recurrido a otras estrategias para ampliar el ámbito de ejercicio de los derechos de las mujeres. Por ejemplo, en el D.F., se creó el Fondo MARÍA que otorga apoyo financiero a las mujeres de otras entidades que no cuentan con suficientes recursos para acceder a los servicios de aborto legal en el D.F.,²⁹ y las acompaña en todo el proceso en función de sus necesidades específicas. En

²⁶ Campeche, Colima, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Puebla, Sonora, Yucatán y Zacatecas. La SCJN atrajo algunos y los desechó. Mujeres de Morelos recurrieron a la Corte Interamericana de Derechos Humanos para pedir reparación del daño por violaciones del Estado a sus derechos sexuales y reproductivos (GIRE, 2013, y diversas fuentes de prensa).

²⁷ En este caso, la ministra Luna Ramos votó por la constitucionalidad, argumentando que los estados tienen facultades para legislar en esta materia, mismo argumento que se usó respecto de la ALDF en 2008.

²⁸ Para estos casos, véase: *Sin embargo*, 29 y 30 de abril de 2013; Zamora, 2 de mayo de 2013.

²⁹ Disponible en <http://www.redbalance.org/maria/inicio_maria.html>.

Guanajuato, el Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro, A.C., amplió su “Modelo integral de acompañamiento para un aborto seguro” (MIAAS), que opera desde 2005 para garantizar el derecho de las mujeres violadas a un aborto seguro, con medicamentos, mediante apoyo real y acompañamiento (Centro Las Libres, 2013: 25). En Baja California, la Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos ha propuesto un plan de acción para informar a las mujeres de sus derechos, así como utilizar recursos jurídicos como son los amparos, para demandar la armonización de las leyes e incluso presentar apelaciones ante instancias internacionales.³⁰

Si bien estas acciones son significativas y contribuyen al bienestar de muchas mujeres, es preciso reconocer que las contrarreformas y el creciente activismo político conservador han afectado y siguen afectando a muchas otras mujeres y sus familias. El objetivo de las fuerzas conservadoras no parece ser sólo “proteger la vida” del embrión por encima de cualquier derecho de la mujer, sino también limitar la libertad de las mujeres e imponer mayor control sobre sus cuerpos y sus vidas. En el D.F. grupos conservadores han recurrido a la acción directa frente a clínicas públicas que practican la ILE: so pretexto de ofrecer información y consejería a mujeres que van a abortar, usan métodos engañosos para convencerlas de no hacerlo, mostrando por ejemplo ultrasonidos que proyectan un feto, incluso en etapas muy tempranas del embarazo.³¹ En Mérida, Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva, A.C., que ofrece servicios de salud sexual y la píldora de emergencia, ha sido objeto de otro tipo de acción directa: ataques a sus instalaciones, rezos y marchas frente a sus puertas, y otros actos de hostigamiento en que participan grupos antiderechos como Vifac, Provida, etc., así como condenas por parte de la arquidióce-

³⁰ Disponible en <<http://www.redderechoshumanos.org/blog/plan-de-accion-para-la-defensa-de-los-derechos-humanos-de-las-mujeres-en-bc/>>.

³¹ Véase por ejemplo el video “Las mentiras de la derecha”, donde periodistas encubiertas no embarazadas comprobaron este tipo de engaños por parte del Centro de Ayuda para la Mujer Latinoamericana, A.C. (CAM), organización creada en 1989 por Serrano Limón, que actualmente forma parte de una Red Latinoamericana. Disponible en <www.youtube.com/watch?v=pZHKqFauxAo>.

sis y curas (González Ruiz, 2014). Y éstos son sólo ejemplos de cómo se intimida a quienes quieren ejercer sus derechos o garantizar que las mujeres puedan ejercerlos. Pero además, a resultas de las contrarreformas, se cuestionan desde distintos ámbitos el uso de la píldora de emergencia y la validez de los derechos sexuales y reproductivos, se usa un discurso autoritario acerca de la familia para negar la diversidad y la pluralidad, y en varias entidades se sanciona de manera desproporcionada a las mujeres que abortan.

Los abusos de la ley penal: homicidio agravado en razón de parentesco

Hasta ahora, en todos los estados que reformaron su constitución se mantienen en el código penal estatal “excluyentes de responsabilidad”, bajo las cuales se permite un aborto legal, o atenuantes que reducen las sanciones. Como ha señalado el Comité de la CEDAW, el que el aborto se legisle con grandes variantes en el ámbito estatal es discriminatorio (Enríquez, 2014). En México, la violación sexual es la única causal por la que se permite la interrupción legal del embarazo en cualquier momento de la gestación, excepto en diez entidades que la limitan al primer trimestre (GIRE, 2013). Respecto a las demás causales legales, el panorama es el siguiente: son excluyentes de responsabilidad penal: el “aborto imprudencial o culposo”³² en 29 entidades; el aborto por “peligro de muerte de la mujer” en 24 entidades;³³ por “malformaciones del producto” en 14 entidades; por “graves daños a la salud de la mujer” en 14; por “inseminación artificial no consentida” en 13; por “causas económicas sólo en Yucatán (cuando se tengan al menos tres hijos) y Michoacán (dentro de las 12 primeras semanas) (GIRE, 2015a).³⁴ En

³² Corresponde al aborto que se produce por un accidente o como resultado de una conducta en la que no se tenía intención de provocar el aborto, sobre todo cuando no se sabía que la mujer estaba embarazada (Guillaume y Lerner, 2007). Chiapas, Nuevo León y Tabasco no lo incluyen.

³³ Las excepciones son Campeche, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Querétaro.

³⁴ En Michoacán se añadió la causal económica al CP que entró en vigor en marzo de 2015. El PAN busca impugnar esto. En Hidalgo la pena es menor en este caso, pero incluye cárcel (de 3 meses a 2 años) y multa (de 5 a 25 días) (art. 157, CP).

el D.F. se autoriza el aborto a solicitud de la mujer hasta las 12 semanas de gestación, y después son excluyentes de responsabilidad penal del delito de aborto: los casos de violación o inseminación forzada, por peligro para la salud de la madre; por afectaciones genéticas o congénitas del producto, conforme a la opinión de dos médicos, y por conducta imprudencial de la mujer (aborto culposo) (art. 148, CP, D.F.).

Aunque hay quien considera que la conservación de las excluyentes de responsabilidad en los códigos penales protege o garantiza los derechos de las mujeres aun cuando las constituciones locales incluyan la protección de la vida desde la concepción-fecundación, el hecho es que, como han señalado académicas y organizaciones como Las Libres, la Federación Mexicana de Universitarias (Femu), las reformas antiderechos han facilitado la penalización y criminalización de mujeres que han abortado. Si bien sólo en cinco entidades el delito de aborto es “grave”, muchas mujeres, denunciadas por médicos, enfermeras o policías, han sido consignadas y hasta encarceladas incluso por abortos espontáneos³⁵ o legales bajo las causales existentes en la entidad. Peor aún, no se les ha consignado sólo por aborto, con penas de 1 a 3 o 5 años de cárcel, sino, en más de 679 casos,³⁶ por “homicidio agravado en razón de parentesco”, figura que equipara el aborto de un embrión o feto con un infanticidio, lo que conlleva penas de hasta más de 30 años de prisión.

Uno de los problemas que enfrentan las organizaciones o personas que han buscado sacar de la cárcel a mujeres de distintas entidades es que los datos no son públicos y que, cuando se piden mediante solicitudes de información, las autoridades no siempre especifican si el supuesto homicidio es un aborto equiparado o un infanticidio, o envían datos sobre delito de aborto o, las más de las veces, no proporcionan información alguna. Los datos disponibles,

³⁵ En el caso de Guanajuato, por ejemplo, las nueve mujeres que Las Libres y el CIDE lograron liberar eran campesinas que vivían en zonas rurales con pobreza o pobreza extrema, sin educación y sin acceso a servicios de salud; todas habían tenido abortos espontáneos y a todas se les fabricó el delito de homicidio agravado en razón de parentesco (Cruz, 2011).

³⁶ Este es el dato que da GIRE para 2013, pero desde entonces se han documentado más casos.

sin embargo, muestran que el delito de homicidio agravado en razón de parentesco aumentó desproporcionadamente tras la aprobación de las reformas en distintos estados (Enríquez, 2014). Así, por ejemplo, el número de averiguaciones previas por el delito de homicidio en razón de parentesco pasó en Nuevo León de 8 en 2007 y 2008 a 12, 13, 15 en 2009, 2010 y 2011, respectivamente; en Michoacán, de 4 y 5 en 2007 y 2008 a 9 y 11 en 2009 y 2010. En cuanto a los procesos por delito de “homicidio en razón de parentesco”, Guanajuato, que ha intentado penalizar a las mujeres desde el 2000, destaca con 89 entre 2007 y 2012; le sigue Puebla con 15 según cifras oficiales, pero pueden ser el doble según fuentes académicas; en Hidalgo se informa de 32. En cuanto a consignaciones, los datos indican que por este delito había: 80 en Guanajuato, 24 en Jalisco, 19 en Hidalgo, para 2012.³⁷ De éstas, las más son condenatorias. Si bien disminuye el número de averiguaciones previas y consignaciones después de 2011, según datos oficiales, cabe señalar que actualmente diversas organizaciones conocen de casos tanto de acusadas como de consignadas e incluso de personas que han sido encarceladas por aborto/homicidio en Guanajuato, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz y Baja California.³⁸

Como ha documentado el Centro Las Libres, cuyo apoyo legal junto con el CIDE ha sido clave en la liberación de varias mujeres,³⁹ el proceso que lleva a la condena de veinte o treinta años de cárcel de una joven que ha abortado (incluso por aborto espontáneo)⁴⁰

³⁷ Datos de Las Libres, con base en solicitudes de información. Agradecemos a Verónica Cruz los datos que nos proporcionó acerca de esta forma de criminalización en el ámbito nacional. GIRE también busca la liberación de mujeres encarceladas por aborto, lo mismo que la Red Iberoamericana de Derechos Humanos de Baja California.

³⁸ Información de Las Libres y otras organizaciones.

³⁹ Véase el documental “Las Libres, la historia después de...” (2014), que documenta el caso de mujeres encarceladas en Guanajuato y Guerrero, liberadas en 2010 gracias a ese apoyo legal y a la presión nacional e internacional. La cineasta Maricarmen de Lara presenta casos de Baja California, Guanajuato, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz en su serie documental *Expedientes* (2011). Véase también Cruz Sánchez (2011). Para leer testimonios de otras mujeres encarceladas por aborto, véase GIRE 2015a.

⁴⁰ La Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos ha documentado y ha intervenido en casos en Baja California. Uno de los más conocidos es el de “Lesly”, quien sufrió un aborto espontáneo y fue condenada por “homicidio

o intentado abortar, muestra la cadena de violaciones a los derechos humanos que se deriva de la mala interpretación de las reformas contra el aborto: los médicos y enfermeras violan el secreto profesional y la ética médica y se convierten en cómplices de la policía; a su vez, ésta, el ministerio público y los jueces suelen condenar de antemano moralmente a las mujeres: reproducen el estereotipo de la mala madre (que ya en el Porfiriato agravaba la penalidad contra las mujeres acusadas de infanticidio) y justifican sentencias desproporcionadas; todos, además de la sociedad y los medios en distintos estados, reproducen la discriminación y estigmatización de clase y etnia, ya que, lo mismo que con el solo delito de aborto, se encarcela sobre todo a mujeres pobres, mestizas o indígenas. Las cifras y testimonios que proporcionan esta y otras organizaciones son en este sentido evidencia fehaciente de las consecuencias de reformas que no sólo restringen el derecho a decidir de las mujeres, sino que lo anulan y atentan contra sus libertades: optar por una maternidad voluntaria y su libertad física. Sin duda, “la criminalización de las mujeres es un mecanismo de vigilancia y control” (Enríquez, 2014: 292), ante el cual sería urgente una iniciativa nacional para exigir la liberación de las mujeres encarceladas, cuyos derechos humanos se violan con la complicidad de las instituciones del Estado.

TENSIONES ¿SIN FIN?

Gran parte de las contrarreformas y sus consecuencias se dieron con particular intensidad en el periodo 2008-2010, inserto en un sexenio panista que dio altos cargos en el gobierno a ultraconservadores, no impuso restricciones al injerencismo del clero, recibió al Papa Benedicto XVI con gran pompa y poco espíritu republicano, y favoreció el crecimiento de asociaciones civiles de corte confesional y a grupos religiosos como la Red Familia,⁴¹ la Casa

agravado en razón de parentesco”, a 23 años de cárcel, de los cuales purgó dos, antes de ser liberada gracias a intervención legal y a presión nacional e internacional.

⁴¹ Esta red vincula a 892 organizaciones civiles que “defienden y promueven la institución familiar”. En los documentos de su página configuran el

sobre la Roca,⁴² etc. Aunque esa coincidencia de intereses favoreció el dinamismo de la agenda conservadora, el activismo político del clero y de los grupos de derecha, católicos y cristianos, no ha cesado pese al regreso del PRI al gobierno, cuyos principios se inscriben teóricamente en el marco de la laicidad del Estado, aun después de las reformas de 1992.

Lo más preocupante es que en el embate contra el Estado laico, la diversidad y las libertades, en particular las de las mujeres, participan, por acción u omisión, funcionarios y representantes de la ciudadanía. Todo esto en un contexto en que el discurso oficial federal ha reiterado la importancia de la igualdad entre hombres y mujeres, en que se ha incluido la perspectiva de género transversal en el Plan Nacional de Desarrollo y se ha obligado a los partidos a aceptar la paridad como regla del juego electoral.⁴³ Como en otros temas, el discurso choca con los hechos, ¿o acaso puede hablarse de igualdad cuando por medio de las leyes se crean ciudadanas más libres y menos libres según la entidad federativa donde viven? Si se busca alcanzar la igualdad e integrar la perspectiva de género en la política pública, ¿no sería más útil hacerlas valer en el sistema de justicia y castigar el feminicidio y no los abortos espontáneos? ¿Qué validez puede tener la reiterada referencia a los derechos humanos en el discurso presidencial cuando hay mujeres encarceladas por abortar o cuando otras son objeto de violencia

aborto como homicidio aunque no usan ese término, y dan por existente el “trauma posaborto” del que nos ocupamos en el capítulo 8 (véase <redfamilia.org>). González Ruiz (2005: 47) señala que esta red se opone “al aborto, al divorcio, a los anticonceptivos”, y que, desde el DIF, al que dirigió en 2001-2006, Ana Teresa Aranda promovió la colaboración de este y otros grupos religiosos y laicos con la Fundación Heritage, y organizaron el Congreso Mundial de la Familia en 2004.

⁴² La Casa sobre la Roca, como explica Bernardo Barranco, se constituyó como asociación civil aunque su orientación es religiosa. Recibió fuerte apoyo del presidente Calderón. Representa, como también señala este autor, “un nuevo modelo de movimientos ultraconservadores en México”. Su figura más visible es la exdiputada conocida como Rosi Orozco, quien encabezó una iniciativa contra la trata que ha tenido gran despliegue en los medios y probablemente amplios recursos (Barranco, 2011).

⁴³ La paridad, como anteriores cuotas de género, no ha sido generosa dádiva del gobierno sino resultado de la actividad política de grupos organizados, como Mujeres en Plural.

obstétrica, es decir, cuando se les niega la libertad de decidir sobre su maternidad o se les niega el derecho a la salud?

Más allá de las contradicciones y de la incertidumbre que crea la brecha entre discurso y realidad en cuestiones de derechos humanos y legalidad, siguen apareciendo señales alarmantes en lo que se refiere a los derechos de las mujeres y las luchas en torno a la despenalización del aborto, en el marco de un Estado laico.

En efecto, si durante el gobierno del presidente Calderón y con significativa presencia panista en el Congreso se abrió más la puerta a la religión en la vida pública con la reforma al artículo 24 y la inclusión del concepto de “libertad de religión”, hoy organizaciones de orientación confesional buscan incidir en la escuela pública como observadores de la reforma educativa y plantean abiertamente su interés por favorecer la educación confesional en las escuelas. En el Senado, que reúne a legisladores que deben respetar la constitución de una república laica (art. 40), existe hoy una Comisión de la Familia (*sic* en singular), cuyo primer presidente arremetió desde el inicio contra la homosexualidad, el matrimonio de personas del mismo sexo y el derecho de las mujeres a decidir.⁴⁴ En marzo del 2015 se llevó a cabo en las instalaciones del Senado una “ExpoVida” organizada por esa misma comisión, e inaugurada por dos senadores panistas que afirmaron la defensa “de la vida” contra la “crisis de valores” actual. En los pasillos de este recinto público se exhibieron falsas imágenes de la evolución del feto y se atacó a las mujeres que han abortado o pueden abortar.⁴⁵

Una de las batallas más recientes y significativas del avance de la derecha en el terreno de las políticas públicas en México es el intento reiterado de eliminar del vocabulario legal los términos

⁴⁴ Desde su creación en 2014, esta comisión ha sido objeto de fuertes críticas por parte de personas y organizaciones de la sociedad civil, que incluso han pedido su disolución. No obstante permanece y sigue usando recursos públicos para la promoción de una visión unívoca de la familia.

⁴⁵ El senador Romero Hicks, quien habló en nombre del senador Martínez, presidente de la Comisión de la Familia, se despidió con un “que Dios los bendiga”, ajeno por completo al lenguaje republicano mexicano. Las declaraciones del senador V. Hermosillo, quien se declaró abiertamente católico, en ese marco, fueron particularmente ofensivas hacia las mujeres. Pese a las protestas de la sociedad, no ha habido repercusiones. Véase <www.pan.senado.gob.mx/2015/04/>.

“derechos sexuales” y “derechos reproductivos”, que ya ha incidido, como lo hemos mencionado, en el texto de la LGDNNA. Este cambio no es menor; implica, en primer término, limitar o eliminar derechos que en el ámbito internacional se han reconocido como parte integrante de los derechos humanos. En el contexto mexicano, donde se ha obligado a llevar a término embarazos por violación a niñas de 9 y 10 años,⁴⁶ ¿se busca así eliminar la posibilidad de acusar a las autoridades de violar los derechos de la niñez?

También, por el contraste entre las prioridades de los legisladores y legisladoras y la realidad, llama la atención la propuesta de creación, por parte de la diputada Jiménez Cerrillo del PAN, ahora en el ámbito nacional, del “día del niño por nacer”, pese a la ausencia de semejante término en la legislación nacional y aun cuando la Convención Americana de Derechos Humanos que cita su iniciativa no impone ninguna obligación a los estados de proteger la vida “desde la concepción”, como ya hemos explicado.

Lo que podríamos llamar “fijación” conservadora contra el aborto, manifiesta en la discusión acerca de la LGDNNA por parte de integrantes del Congreso federal, corresponde a las estrategias de incidencia legislativa en los estados que ya hemos mencionado, que se volvieron a materializar en el congreso de Nuevo León en 2014, sin éxito, que resurgieron en Veracruz en el primer semestre de 2015 ante el proceso de reformas a la Constitución estatal,⁴⁷ y que en Morelos se manifestaron en un extraño pacto de candida-

⁴⁶ En 2015 ha llamado la atención internacional el caso de una niña en Paraguay, obligada a llevar a término un embarazo producto de violación. En nuestro país, la prensa ha documentado varios casos como el de una niña de 10 años, violada por su padrastro, a quien se le impidió abortar en Quintana Roo. A raíz de este caso, se aprobó un reglamento para garantizar la ILE a niñas y mujeres violadas. Según la diputada María Hadad Castillo, sólo en 2009 hubo en esa entidad 881 niñas embarazadas por violación (Carrión, 2010). Véanse casos en otros estados en GIRE (2013: 35-38), donde se documentan obstáculos que enfrentan las menores para acceder a un aborto legal.

⁴⁷ Sabiendo que el Congreso trabajaba en reformas a la carta magna estatal, agrupaciones conservadoras presentaron más de 29 000 firmas que respaldaban una iniciativa más para integrar en ella la protección de la vida “desde la concepción” (Morales, 2015). Véase el Comunicado dominical 039 de la Arquidiócesis de Xalapa del 18 de enero de 2015, que difunde y apoya esta iniciativa, en <anexprensamerica.bligoo.cl/media/users/40/2030697/files/592463/18_I_2015.pdf>.

tos de todos los partidos, menos el PRD, para oponerse a la despenalización del aborto en ese estado en caso de ser electos el 7 de junio.⁴⁸

Otro ejemplo, a la vez de la insistencia conservadora por limitar los derechos de las mujeres y de la importancia del terreno ganado en la legislación con la reforma al artículo 1° constitucional en 2011 y el marco internacional de derechos humanos, es la pugna en torno a las causales de aborto no punible en el estado de Tlaxcala que se dio entre 2013 y mayo de 2015. En esta entidad, en 2013 el Congreso eliminó del código penal la excluyente de responsabilidad en caso de aborto por malformaciones del feto. La Comisión de Derechos Humanos estatal presentó entonces un recurso de inconstitucionalidad. El caso llegó a la SCJN, que iba a discutirlo en el primer semestre de 2015. Quedó sin materia, sin embargo, ya que en abril de 2015 el congreso estatal reinscribió esa causal, pese a las presiones del obispo y de los grupos antiderechos (Zepeda, 2015). Como explica Ydalia Pérez Fernández Ceja, el principio de progresividad de los derechos humanos no puede omitirse, ya que “la regresividad en los derechos que ya se han reconocido [...] interrumpiría la eficacia de todo el sistema en su conjunto” (Pérez Fernández Ceja, 2015).⁴⁹ Cabe destacar que en Tlaxcala el congreso no sólo restituyó la causal mencionada sino que añadió la causal de aborto no punible por inseminación artificial no consentida, y especificó que en todos los supuestos incluidos quien interrumpa su embarazo “no ameritará responsabilidad”, con lo que, como señala GIRE, “se deja de criminalizar a las mujeres” (GIRE, 2015b).

Ante estos intentos recurrentes por imponer una visión confesional en las políticas públicas y en las leyes federal y estatales, las organizaciones y agentes más progresistas han respondido proponiendo legislación alternativa a favor de la despenalización del aborto, como lo hicieron en junio de 2014 en Nuevo León, y han

⁴⁸ Pacto impulsado por el Consejo Coordinador de Movimientos por la Vida y la Familia de Morelos. En respuesta, “14 candidatas y candidatos en su mayoría del PRD y PT, firmaron [...] un ‘pacto por la vida y la salud de las mujeres’” (Zamora, 2015).

⁴⁹ El artículo de Pérez Fernández Ceja (2015) comenta un caso de amparo que la SCJN, con base en el principio de progresividad, resolvió a favor de una menor embarazada a quien se le había impedido abortar.

apoyado las pocas iniciativas que han surgido en años recientes para despenalizar el aborto, que hasta ahora no se han materializado. En Guerrero, el gobernador (PRD) envió en mayo de 2014 una iniciativa, en la misma línea que la reforma del D.F., a la legislatura local. Ésta, de mayoría perredista, la rechazó.⁵⁰ En Coahuila, también a iniciativa del gobernador (PRI), se presentó un proyecto de reforma en diciembre del 2014 cuyo proceso está en suspenso y ya ha recibido apoyo y oposición. En Morelos, ha quedado en el aire desde 2012 la promesa de campaña o anuncio oportunista que hiciera el entonces candidato y hoy gobernador (PRD) de que enviaría una iniciativa de despenalización una vez electo. Si bien muy escasas, estas iniciativas, aun efímeras, sugieren que hay en la clase política algunos actores conscientes de la importancia de los derechos de las mujeres o del impacto de la despenalización del aborto (y el acceso a un aborto legal y seguro) para disminuir la muerte materna. En este sentido cabe mencionar también la iniciativa que presentó el senador por Oaxaca Benjamín Robles del PRD en mayo de 2015, para despenalizar el aborto hasta la doceava semana en el Código Penal Federal. Aunque la tardía fecha de esta propuesta llama la atención porque no se podría dictaminar antes de septiembre (cuando se iniciara la nueva legislatura), contrarresta iniciativas en sentido contrario que han quedado congeladas en el Congreso.

En gran medida las tensiones en torno a la despenalización siguen presentes en el debate público porque, como hemos ido delineando, el asunto tiene que ver directamente con el ejercicio de derechos y libertades, por un lado, y con el afán de control y de poder, por otro.

⁵⁰ Cabe señalar que la diputada Jiménez Rumbos, a cargo de la Comisión de Género de la legislatura de Guerrero, votó en contra, probablemente por intereses electorales. La presión del clero fue notoria en varios lugares del estado, como Chilapa. Agradecemos a Alma Ramírez y Martha Juárez, de Consorcio para el Diálogo Parlamentario, y a Lucía Núñez, hacernos llegar diversas notas de prensa sobre estas y otras iniciativas.

EL ABORTO, UN PROCESO COMPLEJO: POSTURAS Y DILEMAS

INTRODUCCIÓN

A la luz del contexto esbozado en los dos capítulos anteriores, es evidente que la problemática del aborto inseguro atañe a muy diversos actores y disciplinas en tanto problema social, de salud pública, de derechos y desigualdades. En el debate público suelen distinguirse sólo dos posturas principales respecto a la despenalización del aborto: la antiderechos, que se opone a ésta y a los derechos de las mujeres, y la de quienes los defienden. Sin embargo, no se trata de una simple polaridad ya que entre estos últimos hay que diferenciar tres posiciones gradualistas: la más liberal o liberal extrema, la moderada liberal y la moderada de excepción. En este debate se entrecruzan voces e intereses diversos, de distintos actores sociales y políticos, que inciden de distintas formas en las decisiones acerca de la despenalización y cuyas acciones favorecen u obstaculizan el ejercicio de los derechos de las mujeres. Desde distintas perspectivas, estos actores no sólo influyen en el debate público sino también en las acciones del Estado, con mayor o menor fuerza, según las cambiantes coyunturas políticas y sociales. En este capítulo, primero nos referimos a las dos principales posturas respecto a la despenalización del aborto, la conservadora y la liberal, y a la graduación que puede identificarse en y entre ellas. Después nos ocupamos de las posturas y actores en el debate sobre la despenalización del aborto, exponiendo primero las dos posiciones más enfrentadas: la postura conservadora de la Iglesia católica, cuya influencia es predominante, y la significativa posición

liberal de los movimientos feministas y de derechos humanos de las mujeres. Analizamos luego a otros actores claves que influyen de distinta manera y con distinto peso en el debate, en las decisiones del Estado y en las condiciones en que las mujeres pueden o no ejercer el derecho al aborto: los partidos políticos, los abogados, jueces y legisladores, y los profesionales de la salud cuyos planteamientos muchas veces se derivan de una perspectiva particular. Por nuestra parte, consideramos que es fundamental tener en cuenta también los dilemas de la mujer ante el proceso de decisión de abortar, dilemas que no son ajenos a las posturas de los diversos actores considerados, tema que tratamos al final del capítulo.

MÁS ALLÁ DE LAS POSICIONES DICOTÓMICAS

Desde las últimas décadas del siglo pasado la interrupción voluntaria del embarazo, o el aborto voluntario o inducido, es uno de los principales y persistentes temas de intenso debate público en el escenario social, cultural y político en México, en los países de la región latinoamericana y en otros países del mundo; debate que se ha intensificado en las últimas décadas. La abundante y creciente literatura en los ámbitos nacional y mundial evidencia la presencia de dos posturas principales, excluyentes y antagónicas: la que está a favor de la legalización y despenalización del aborto, del derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y la realización de su proyecto de vida en libertad, lo que implica decidir de manera libre y voluntaria la interrupción de un embarazo no planeado y no deseado; y la que está en contra de la despenalización del aborto y propugna por marcos jurídicos altamente restrictivos en que se considera el aborto como un delito, enfoque punitivo del que son víctimas sobre todo las mujeres y, en menor medida, también los profesionales de la salud que las atienden.

La posición conservadora se fundamenta en una visión religiosa sustentada por la jerarquía católica, o de Iglesias cristianas, cuyo argumento central consiste en otorgar un valor absoluto y prioritario a la vida del cigoto-embrión, al que atribuyen un derecho a la vida, también absoluto. Es decir, sus voceros creen y sostienen que un óvulo fecundado tiene derechos y atributos propios

en tanto lo consideran persona humana, no un potencial de vida humana ni una vida puramente biológica. Desde la posición liberal, basada en la bioética y en el derecho positivo, se rechaza esta visión argumentando que no se puede considerar persona humana una vida humana puramente biológica, carente de todo tipo de conciencia e incapaz de sobrevivir fuera del útero materno (Valdés, 2001), o, como han dicho otros autores, un óvulo fecundado es una vida en formación, una persona en potencia, por lo que se debe dar prioridad al derecho de la persona existente, la mujer que está embarazada, ante el proyecto de vida del feto (Ortiz Lemus, 1992).

Coincidimos con Ortiz Millán en que estas posturas suelen plantearse como dicotomía, cuando en la realidad “habría que verla como una gradación, como un espectro de posiciones que van de la más radical oposición a cualquier tipo de despenalización del aborto, hasta la más férrea defensa de los derechos reproductivos de la mujer sobre la vida del feto” (2009: 17). Esta gradación es evidente cuando se observa la gama de posiciones liberales que distinguen plazos o circunstancias, aunque todas tienen en común el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir en cualquier ámbito de su vida, en particular en el de la sexualidad y la reproducción, y la reivindicación del Estado laico y democrático, como ámbito propicio al respeto de estos derechos. En cambio, entre quienes apoyan la penalización del aborto la gradación es menor o inexistente ya que muchos reivindican la primacía del derecho a la vida de un ser en potencia, sustentada por la jerarquía católica, y no consideran ninguna excepción a la equiparación del aborto con un delito. Las variaciones se dan en todo caso en los términos más o menos absolutos, religiosos, morales o pseudocientíficos que se usan y en el tono, más o menos contundente, de sus voceros. Los conservadores defienden una prohibición tajante del aborto, de la cual se deriva una imposición de la maternidad que no tiene en cuenta la situación y circunstancias de las mujeres ni considera su derecho a la vida, a la salud, a la integridad y dignidad, a la autonomía o a su libertad de decidir sobre su propio cuerpo. Como veremos más adelante, ninguna posición extrema es compartida por la mayoría de la población, y sólo una minoría de quienes se definen como católicos comparte la visión ortodoxa conservadora.

Por otra parte, entre las iniciativas legales de los grupos que pugnan por la despenalización del aborto se pueden distinguir tres posiciones “gradualistas”. La primera de ellas, la más “liberal” o posición “liberal extrema” como la denomina Ortiz Millán,¹ defiende la libre decisión y voluntad de la mujer sin necesidad de restringir el acceso al aborto a una determinada temporalidad o etapa del embarazo anterior al momento en que el feto sea capaz de sobrevivir fuera del útero materno, ni de justificar los motivos que llevan a las mujeres a recurrir al aborto. Esta postura se ha adoptado en diversos países como, por ejemplo, Canadá, República Democrática de Corea, China, en los cuales se establecen normatividades médicas en la implementación del proceso para salvaguardar la vida y salud de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, que también se observan frecuentemente en las demás posturas (Center for Reproductive Rights, 2014).

La segunda posición, denominada “moderada-liberal”, permite el aborto en una temporalidad temprana de la gestación, generalmente hasta el primer trimestre y sin necesidad de justificar las causas o razones, o ambas, de la decisión de la mujer, como en el caso de Uruguay y la Ciudad de México, o con límites no mayores a las 24 semanas de gestación que se observa en diversos países de Europa occidental y en algunas entidades de Estados Unidos, cuestión que en la actualidad es parte central del debate público y legal en muchos países.² Esta posición de gradualismo, razonada y justificada por los que están a favor de la despenalización, se fundamenta en el hecho, científicamente sustentado, de que la condición de persona no se adquiere en el momento de la concepción, sino en un lapso posterior, que varía entre las semanas 8 y 24 de embarazo, y que en dicho periodo deben prevalecer, y se deben garantizar, los derechos de las mujeres.³

¹ Véase la amplia y clara discusión que nos ofrece Ortiz Millán (2009) acerca de los argumentos de estas posiciones.

² Con límites no mayores a las 24 semanas de gestación en Singapur, no mayores a las 18 semanas de gestación en Suecia, y no mayores a las 14 semanas de gestación en numerosos países de Europa occidental (Francia, Austria, Bélgica, Alemania, España, Países Bajos y Camboya (Center for Reproductive Rights, 2014).

³ De acuerdo con las evidencias científicas disponibles y sustentadas por

Por último, en la tercera posición, que podríamos denominar “moderada-de excepción”, el acceso al aborto legal está acotado a un número de causales y de circunstancias específicas, como sería el aborto terapéutico. En esta última posición generalmente se autoriza recurrir a la interrupción de un embarazo en situaciones en que peligra la vida de la mujer o se expone a graves riesgos en su salud, por malformaciones del feto o cuando el embarazo es producto de una violación, circunstancias en las cuales también se establece un plazo para la interrupción. En este caso podríamos considerar que se trata de una posición doblemente gradualista, ya que atañe a determinadas causales permitidas y a la temporalidad para su implementación, como sucede por ejemplo en Colombia, Bolivia, Santa Lucía y Argentina, y en muchos otros países del mundo, y que se constituye en muchas ocasiones en la estrategia inicial que conduce a la despenalización moderada-liberal (Center for Reproductive Rights, 2014). En cierta medida esta estrategia es la que se implementó, en un primer momento, en la Ciudad de México, mediante la aprobación de la Ley Robles por la ALDF en el 2000, y posteriormente se inscribió como una posición moderada-liberal como parte de la reforma que instituyó el acceso a la ILE hasta las doce semanas a partir de 2007.

Cualesquiera que sean las posiciones mencionadas, es imprescindible enfatizar que la controversia entre posiciones “a favor” *versus* “en contra” del aborto es falsa, ya que nadie busca promover el aborto *per se*. Las feministas de los años setenta ya afirmaban claramente que “el aborto es el último recurso”. Conviene subrayar también que estar a favor de la despenalización del aborto no equivale a estar a favor de su práctica; significa, matiz fundamental, estar en contra de la penalización y criminalización de las mujeres que recurren a ella.

Si bien son múltiples y diversos los actores sociales y las instancias públicas y privadas que han participado en este debate, son dos las principales y más visibles fuerzas sociales que ejercen la

diversas asociaciones de obstetras y ginecólogos y de bioética, un feto de menos de 24 semanas no tiene la capacidad de sentir, atributo esencial de la persona, y por lo tanto no experimenta ningún dolor, ya que carece de las conexiones suficientes entre la corteza cerebral y los nervios periféricos (GIRE, 2009; Tapia, 2012; Piekarewicz Sigal, 2015).

mayor influencia en las diversas instancias políticas, jurídicas y de salud para despenalizar o penalizar legalmente la interrupción del embarazo. Por un lado se encuentran la jerarquía católica, Iglesias cristianas y los grupos conservadores y de derecha, defensores de la penalización, (auto)nombrados intencional y erróneamente “pro-vida”, quienes defienden exclusivamente, desde una afirmación de un mandamiento divino, la santidad de la vida desde el momento de la concepción y los (supuestos) derechos del embrión en tanto persona nacida, pero no la vida ni los derechos de la mujer. Sus estrategias y acciones están, por ende, dirigidas a obstaculizar e impedir las iniciativas legales para despenalizar o liberalizar el aborto y a promover, en cambio, legislaciones restrictivas. Por el otro lado, los movimientos feministas y otros sectores sociales progresistas, laicos y liberales, luchan por la despenalización del aborto, por garantizar el ejercicio de los derechos de la mujer a decidir sobre su vida reproductiva, y por tanto su derecho a decidir la continuación o la interrupción voluntaria de un embarazo imprevisto y no deseado. Estos grupos, reiteramos, no están a favor del aborto, están en contra de su penalización y de la criminalización de las mujeres, por lo que resulta erróneo calificarlos como grupos “pro-aborto”, como intencionalmente les llaman los conservadores. También participan en el debate público otros grupos cuyas posturas se acercan a las de conservadores o liberales, con matices diversos.

LA POSICIÓN CONSERVADORA: “POR LA VIDA” Y CONTRA LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Llamar “anti-derechos” (*anti-choice*) a los grupos que están a favor de la penalización y criminalización del aborto corresponde a su clara e intensa oposición a reconocer los derechos de las mujeres y a brindarles opciones para decidir cuestiones relacionadas con su vida sexual y reproductiva.⁴ La consagración de la vida desde el

⁴ Como es de uso común en la literatura de habla inglesa, resulta más congruente y preciso denominar “pro-derechos” (*pro-choice*) a los grupos que están a favor de la despenalización del aborto, o sea a favor de los derechos

momento de la concepción y el reconocimiento de la existencia del embrión como una persona humana sujeta a todos los inalienables derechos que se otorgan a los nacidos, su oposición (y temor) al ejercicio de una sexualidad independiente de la procreación por parte de las mujeres y del uso de MA modernos para prevenir embarazos no deseados, su rechazo a los matrimonios del mismo sexo y su oposición a difundir una educación sexual laica en los sistemas escolares, son algunas de las posiciones fundamentales de los grupos de derecha liderados o influidos por la jerarquía católica y otras Iglesias, sustentadas en la doctrina y enseñanzas religiosas (Aldaz *et al.*, 2013; Ortiz Millán, 2009; Lamas, 2003 y 2008). Asimismo, su también tajante oposición a la despenalización del aborto en cualquier situación y circunstancia, aun ante el riesgo de muerte (no vida) para la mujer a causa de un embarazo no planeado y no deseado, es un claro ejemplo de sus valores.

Estos grupos niegan e invisibilizan la inequitativa realidad en que viven las mujeres; en cambio, privilegian la humanización del embrión y la deshumanización de las mujeres, cuya identidad y papel conciben exclusivamente en tanto mujer-madre, ya que consideran la maternidad como destino y exclusiva obligación de ella, que además sólo debe darse dentro del matrimonio. Estos grupos conservadores son una fuerza antidemocrática que ha ejercido una gran y creciente influencia y ha impuesto sus puntos de vista entre algunos profesionales de la salud y representantes o funcionarios públicos, como son los responsables de impartir la justicia o de elaborar leyes y políticas que afectan a las mujeres.

La Iglesia católica: doctrina versus cambio social

Para los objetivos de este estudio interesa exponer cuáles son algunos de los principales fundamentos de los argumentos y supuestos en torno al concepto de aborto por parte de la Iglesia católica,

de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su vida reproductiva, y a los grupos que están en contra llamarlos “anti-derechos” (*anti-choice*), por su franca oposición a los derechos de las mujeres a decidir la interrupción de su embarazo, así como al uso de MA, incluyendo el condón y la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo imprevisto y no deseado (Lamas, 2008).

subrayando de antemano que no ha existido una postura única que condene la interrupción de un embarazo hasta las doce semanas de gestación o considere su práctica como delito, homicidio o asesinato (Observatorio Eclesial, 2008). Como señala Hurst (2002),⁵ la posición actual de la jerarquía católica de condenar el aborto ante cualquier circunstancia fue proclamada por el Papa Pío IX en 1869. Hasta entonces, la gran mayoría de los teólogos afirmaba que el feto no era un ser humano con alma desde el momento de la concepción, sino que la humanización del ser en gestación se daba más adelante, conforme a la llamada teoría de la hominización tardía del producto de la concepción (el ingreso del alma al cuerpo después de un lapso determinado).

Por un lado, San Agustín sostenía que “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 está dotado de sentidos” (Hurst, 2002: 14). Por otro lado, Santo Tomás, con una postura similar, sostenía que el aborto en las primeras etapas no era homicidio, pues la hominización ocurría 40 días después de la concepción en varones y 80 días después en mujeres; es decir que para ninguno de ellos existía alma humana mientras el cuerpo no tuviera forma humana, y que esto no se daba al momento mismo de la concepción, sino después; sólo entonces se podía considerar persona al no nacido (Hurst, 2002). Por lo tanto, un aborto practicado antes de ese lapso, variable, no implicaba eliminar una vida humana, y sólo debía castigarse el aborto provocado después de ese periodo, cuando ya podía considerarse como homicidio.⁶

Aunada a este pensamiento dominante en la Edad Media, también prevalecía la idea de que el aborto era un pecado si se

⁵ La exposición de las posturas e ideas prevalecientes en el transcurso del tiempo en la Iglesia católica se basa principalmente en el trabajo de Hurst (2002), salvo cuando se indiquen otros autores. Véanse además los textos de Aldaz y Mejía, 2013; Ortiz Millán, 2009; Observatorio Eclesial, 2008 y GIRE, 2009.

⁶ Posición sustentada por un teólogo moderno, Joseph F. Doncel, quien afirma “que no puede haber mente antes de que el organismo esté listo para recibir y no puede haber espíritu antes de que la mente sea capaz de recibirlo [...] Estoy seguro que no hay alma humana y por lo tanto no hay persona humana, durante las primeras semanas del embarazo, mientras el embrión se encuentra en el estado vegetativo de su desarrollo” (Hurst, 2002: 34).

buscaba ocultar un adulterio, la fornicación, la lujuria o la prostitución, considerados pecados sexuales que eran objeto de penitencia; ideas ligadas a un concepto negativo de la sexualidad que ha prevalecido hasta nuestros días. Después, en la era premoderna (1500-1750), la discusión empezó a centrarse en el argumento de que la vida humana es sagrada desde el momento de la concepción (teoría de la hominización inmediata), y retomó entonces las causas por las cuales algunos teólogos aceptaban el aborto terapéutico: la interrupción del embarazo se permitía para salvar la vida o preservar la salud de la mujer, dándole pues prioridad al derecho a la vida de ésta.

La posición actual del Vaticano, pese a algunos intentos por suavizarla, se mantiene inflexible en su condena al aborto en cualquier circunstancia, desde su promulgación por el Papa Pío IX. Considera el aborto como homicidio pues equipara matar a un ser humano en potencia con matar a un ser humano ya nacido, ya que afirma que la vida humana empieza desde el momento de la concepción y, por tanto, la persona humana en potencia adquiere desde el inicio los derechos de cualquier persona ya nacida. Estas ideas lo han llevado a acuñar de manera restringida y parcial un concepto de “derecho a la vida”, limitado exclusivamente al embrión y que omite el derecho a la vida de la mujer, a diferencia de Iglesias protestantes, que aceptan excepciones.⁷ En la actual postura de la jerarquía católica, que ha dejado de lado la teoría del hilomorfismo que la Iglesia sostuvo por siglos, subyacen básicamente dos ideas: la de la hominización inmediata y la visión moral-religiosa de la sexualidad como práctica que debe orientarse única y exclusivamente hacia la procreación, aun cuando la encíclica *Gaudium et Spes* (1965) haya reconocido el valor del amor conyugal y la encíclica

⁷ Es interesante el contraste entre la postura de la Iglesia católica y una variedad de Iglesias protestantes de Estados Unidos y otros países. Por ejemplo, no todas las Iglesias protestantes norteamericanas condenan el aborto, y entre las que lo consideran un mal moral o señalan que no debe aceptarse como método anticonceptivo, la mayoría de las principales acepta el aborto en caso de violación o incesto, si está en peligro la salud física o mental o la vida de la madre o si hay graves malformaciones del feto. Véase por ejemplo el recuento de posturas eclesíásticas en Estados Unidos que hace el Pew Center, en <www.pewforum.org/2013/01/16/religious-groups-official-positions-on-abortion/>.

Humanae Vitae (1968) aceptara el ritmo o la abstinencia como medios de control natal (Hume, 1997). En efecto, según Hurst: “no queda claro en qué se basa la idea de la Jerarquía de que el aborto es un mal moral ajeno a cualquier otra consideración teológica o penitencial” (Hurst, 2002: 28). Algunos lo han interpretado como un argumento para consolidar la autoridad de la Iglesia y Hume de hecho plantea que la prohibición de la anticoncepción nada tiene que ver con la teología o la incapacidad de entender los avances de la ciencia, sino que es una cuestión de poder (Hume, 1997). Otros han visto la prohibición del aborto y la anticoncepción moderna como una reacción ante lo que se percibe como una amenaza a la estructura de la familia: el tema de la sexualidad, de los pecados sexuales, en efecto, ha sido una de las razones más poderosas para condenar el aborto, ya que, lo mismo que el uso de la anticoncepción moderna, su práctica significa permitir una sexualidad independiente de la procreación.

La reafirmación de la encíclica *Humanae Vitae* por el Papa Juan Pablo II y las más recientes reiteradas condenas del Papa Francisco a lo que ha denominado “ideología de género”, sugieren que las dos interpretaciones anteriores son pertinentes. En efecto, por una parte el actual Papa descalifica los avances científicos que han llevado a poner en duda la dicotomía hombre-mujer como natural y única y, caricaturizándola, niega la validez de la teoría de género que cuestiona tanto esa dualidad como la postulación de una esencia masculina o femenina y la existencia de un solo modelo de familia. En cuanto ataca lo que de hecho es una interpretación errónea de las aportaciones y cuestionamientos de la teoría de género (de la que presenta un constructo deforme) y la considera ajena “al plan de Dios”, puede plantearse que el Papa busca reafirmar y reforzar la autoridad de la doctrina católica, o su interpretación de ella.

Por otra parte, es evidente, como señala desde la bioética Chiara Lalli (2015), que tanto esta deformación ideológica como los ataques a la pluralidad de las familias, a los derechos de mujeres y minorías, revela un rechazo, si no es que temor, al cambio social. El Vaticano ve en las transformaciones sociales, por lo menos en términos de relaciones y papeles de género, una amenaza al *statu quo*, a la cual responde con afirmaciones fundamentalistas que revelan un afán de control. Así por ejemplo, contra la posibilidad

de que el amor conyugal no tenga como fin último la reproducción, Juan Pablo II reafirmó que “cada acto de matrimonio debe estar abierto a la transmisión de la vida”, citando la encíclica *Humanae Vitae* (Hume, 1997: 39). A su vez, el Papa Francisco ha declarado que “el hombre y la mujer como pareja, son imagen de Dios”; ha advertido contra los “intentos de redefinir la familia, guiados por el relativismo, la cultura de lo efímero y la falta de apertura a la vida”, y ha afirmado que “la crisis de la familia es una realidad social” (ACI Prensa, 2015 y 2015a), refiriéndose a los cambios que han afectado la primacía del matrimonio heterosexual, “para siempre” y orientado a la procreación.

Al dinamismo de la sociedad y del pensamiento social y científico, la jerarquía vaticana contraponen entonces el peso de la tradición y de la ortodoxia, aun cuando, como también sucede, pueda modernizar su discurso adoptando un lenguaje de derechos humanos, de igualdad, o de desarrollo sustentable, como lo ha hecho en conferencias internacionales de las Naciones Unidas o como sugiere el título de la conferencia “Mujeres hacia la agenda del desarrollo post-2015. ¿Qué desafíos ante los Objetivos de Desarrollo Sostenible?”, organizada por el Vaticano en mayo de 2015, con la participación de organizaciones de mujeres católicas conservadoras. En su mensaje a esta reunión para preparar la participación de este grupo en el Foro de las Naciones Unidas que definiría esa nueva agenda,⁸ el Papa liga “la lucha contra la pobreza, la esclavitud y las injusticias” con la defensa del “derecho a la vida”, sin omitir la puntualización “desde su concepción hasta su fin natural”, ya que, añade, se busca que ésta sea una “vida digna, que no conozca las heridas del hambre y la pobreza, la violencia y la persecución” (Papa Francisco, 2015). Así se mezclan objetivos encomiables con creencias que, en la práctica, han favorecido que se persiga y violente a las mujeres, y de entre ellas a las de menores recursos en particular.

El afán de control, general, se dirige sobre todo a las mujeres. Puede decirse que busca controlar el cuerpo físico y la mente de éstas exclusivamente (Hume, 1997), puesto que en las normas re-

⁸ A la distancia esta conferencia y el mensaje del Papa pueden leerse como precedente de la Encíclica *Laudato Si'*, publicada un mes después.

ligiosas prácticamente no hay ninguna valoración o prohibición respecto del ejercicio sexual-procreativo de los hombres, a los cuales por tanto se les concede la libertad de decidir en estos ámbitos. En términos teológicos y disciplinarios, el Vaticano mantiene su rechazo habitual a la independencia intelectual y moral: a las monjas estadounidenses que se despegaron de la sumisión tradicional, las mantuvo siete años en investigación,⁹ y la jerarquía no parece dispuesta a seguir el ejemplo de Iglesias protestantes que han integrado a las religiosas y teólogas en sus rangos más altos.¹⁰ En su discurso, puede tolerar el feminismo, al que ve como amenaza, mientras sólo reivindique la igualdad de la mujer y no pretenda romper los modelos de género ni las jerarquías del clero; de otro modo, lo tacha de “radical” y así lo descalifica (Hume, 1997). En cambio, apoya y se apoya en organizaciones de mujeres católicas tradicionalistas como la Alianza Mundial de Mujeres por la Vida y por la Familia, que postula la existencia de una “alianza singular y profunda que liga a la madre con su hijo no nacido”, cuya ruptura destruye “uno de los fundamentos de la humanidad entera” (WWALF, 2015). El que esta organización y otras recurran a una estrategia engañosa al inscribir esta condena al aborto en un “Manifiesto del Nuevo Feminismo”,¹¹ es decir, el adoptar el feminismo como una máscara, no parece preocupar al Vaticano. ¿El fin justifica los medios?

⁹ La condena de teólogos heterodoxos es característica de la Iglesia católica, la teología feminista representa ahora otro desafío para ella, a la que se suma la insatisfacción de congregaciones femeninas ante la persistente exclusión de las mujeres de la Iglesia católica cuando otras Iglesias cristianas ya las han integrado incluso en su alta jerarquía. Acerca del conflicto con las monjas iniciado en la época de Ratzinger, véase Religion News Service, 2015. Un ejemplo del contraste entre la Iglesia católica y las protestantes es el reciente nombramiento de obispos en la Iglesia anglicana (BBC News, 2015).

¹⁰ Emiliano Ruiz Parra presenta un interesante acercamiento a las tensiones entre el Papa y la actual Curia en torno al papel de las mujeres en la Iglesia. Véase el epílogo sobre el Papa Francisco en la segunda edición de su libro *Ovejas negras* (2015).

¹¹ La apropiación del “feminismo” en un discurso ideológicamente tradicionalista, grandilocuente y autoritario corresponde a un afán ya no sólo de desinformar sino de engañar llenando con conceptos autoritarios un marco de pensamiento libertario. Véase el “Manifiesto del nuevo feminismo” en el portal de World Women’s Alliance for Life and Family (WWALF).

La postura disidente al interior de la Iglesia católica

Pese a esta posición dominante en la jerarquía católica, existe en esta Iglesia una diversidad de interpretaciones de los textos religiosos, entre ellas algunas que cuestionan la premisa incierta y compleja acerca del momento del inicio de la vida y del carácter de persona del embrión, y que defienden los derechos de las mujeres, en particular los sexuales y reproductivos. Como señala Maguire (1998), la base teológica del pluralismo católico en el tema del aborto se encuentra en la doctrina del probabilismo que representa un elemento central y constituye un disenso progresista que la jerarquía omite. El principio subyacente a esta doctrina sustenta que no puede imponerse como cierta una obligación moral sobre la cual hay dudas, ya que “donde hay duda, hay libertad”. Esto implica que el significado de una decisión moral está en quien la toma y por tanto se otorga a cada cual el derecho a disentir de las enseñanzas de la jerarquía eclesiástica en cuestiones morales. Este principio también implica que dentro de la Iglesia hay distintas opiniones y posiciones, entre las cuales se permite recurrir al aborto para salvar la vida de la mujer o por una variedad de razones y circunstancias personales y médicas. En este sentido, se plantea que debe prevalecer la libertad de conciencia, y por tanto la libertad de decisión, y que, en vez de imponer una prohibición y una coerción legal, que además resulta ineficaz, esta práctica debe permitirse.

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)¹² es uno de estos grupos disidentes. Sus planteamientos se inscriben en la pluralidad y el respeto de la libertad y se asemejan a los de quienes favorecen la despenalización del aborto. Se basan en el pensamiento teológico que afirma la justicia social y la plurirreligiosidad y que reconoce la validez de la autoridad moral de las mujeres para tomar decisiones conforme a su conciencia, es decir su derecho y libertad de decidir sobre su cuerpo, desde una perspectiva ética, católica y

¹² CDD es una organización creada en 1987 por un grupo autónomo de personas católicas y feministas latinoamericanas que desde 1996 conforman la Red latinoamericana de CDD en más de 10 países de la región y vinculada estrechamente con Catholics for a Free Choice, fundada en 1973 en EUA. Sus objetivos, principios y acciones pueden consultarse en CDD, 2011.

feminista, lo que implica autonomía en la decisión de abortar o no y de vivir su sexualidad, sin ninguna distinción de clase, origen étnico, credo, edad, orientación sexual o identidad de género (Mejía, 2003; CDD, 2011).

Amplios sectores de la población comparten estas consideraciones, como muestran diversos estudios realizados en México y varios países de América Latina que dan cuenta de las favorables opiniones y percepciones de distintos actores de la sociedad civil y de los ámbitos de la política, de la jurisprudencia, de sectores médicos, y de la población.¹³ Baste con señalar algunos resultados de las más recientes Encuestas de Opinión de la Población Católica en México, realizadas en 2004, 2009 y 2014 por Católicas por el Derecho a Decidir-México.¹⁴ Con base en ellas, un primer hallazgo relacionado con las leyes restrictivas sobre el aborto implementadas en México en 16 estados muestra que, en 2009, 4 de cada 5 feligreses (79%) pensaban que la prohibición de la interrupción legal del embarazo en todas las circunstancias transgredía total o parcialmente el derecho de las personas a decidir en libertad sobre su vida. Un segundo resultado constata que casi las dos terceras partes de la feligresía (60% en 2004 y 2009 y 53% en 2014) consideraba que la ley debía permitir el aborto en alguna circunstancia. Pero cuando se indagan sus opiniones sobre circunstancias específicas, el apoyo es mayor, sobre todo para situaciones de mayor riesgo: la gran mayoría opina que se debe despenalizar y permitir el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro (que varía entre 70 y 80% en las tres encuestas); cuando su salud está en riesgo (entre 67 y 79%); igualmente cuando el embarazo es resultado de una violación (entre 66 y 71%) o cuando el feto presenta defectos congénitos (entre 57 y 65%). En cambio, ante otras situaciones

¹³ Véanse los resultados de las encuestas y estudios realizados en la región latinoamericana en Guillaume y Lerner, 2007. Para México, véase Católicas por el Derecho a Decidir, 2004; Contreras *et al.*, 2011; García *et al.*, 2003 y 2004; Hirsch, 2008; McMurtrie *et al.*, 2012; Van Dijk, 2010; Van Dijk *et al.*, 2007; Wilson *et al.*, 2011; García, 2007; Mejía *et al.*, 2010.

¹⁴ Véase: *Encuesta de Opinión Católica en México. Julio 2003* (CDD, 2004); Martínez *et al.*, 2013 para los resultados de la encuesta de 2009; y la Encuesta Nacional de Opinión Católica, 2014 (véase la página virtual: <encuesta.catolicas.mexico.org>).

que remiten a condiciones objetivas y subjetivas de las mujeres, por ejemplo la falta de recursos económicos, la capacidad o responsabilidad de la mujer para cuidar a un hijo en ese momento, o fallas en MA, el apoyo es mucho menor.

Sin embargo, estas diferencias de valoración adquieren un significado sumamente relevante cuando se considera la pluralidad del mundo católico mexicano, es decir cuando se contrastan las diferencias entre los que se identifican con un alto grado de religiosidad o consistencia religiosa (ICR)¹⁵ y los que se distinguen por considerarse católicos, pero tienen valores y prácticas que distan mucho de los lineamientos de la doctrina católica (los de consistencia religiosa baja). Entre los primeros, que representan una minoría (alrededor de 13 y 11% de la población católica encuestada en 2009 y 2014), la oposición al aborto legal en cualquier circunstancia, a los derechos de las mujeres, es tajante, mientras que los segundos (23 y 25%) son mayoritariamente favorables a que se recurra a un aborto seguro ante un embarazo no deseado. Asimismo, las opiniones son más favorables al aborto legal entre la población católica de estratos socioeconómicos más altos, entre la población de adolescentes y jóvenes, y en general de menores de 55 años de edad, en contextos urbanos y en regiones donde el discurso clerical sobre la moral sexual religiosa suscita mayor rechazo.

¿Cómo interpretar estas diferencias respecto a los marcos restrictivos y punitivos impuestos como parte de las políticas públicas? ¿Por qué las reformas restrictivas que impulsan los grupos conservadores responden y sólo “benefician” a esa minoría y no respetan, y, por el contrario, discriminan y marginan, a un grupo mayoritario? ¿Por qué la jerarquía católica promueve leyes cuyo sentido último no comparte la mayor parte de la feligresía? y ¿Por qué los legisladores no elaboran en esta materia leyes que respeten y garanticen la libre decisión de las mujeres de acuerdo a su conciencia, valores y creencias?

¹⁵ ICR: índice de consistencia religiosa. Para la metodología utilizada en la construcción del ICR y las diversas opiniones de los grupos identificados de acuerdo a este índice, véase Martínez, Lerner y Aldaz, 2013.

LA POSICIÓN LIBERAL: POR LOS DERECHOS HUMANOS
DE LAS MUJERES, SALUD PÚBLICA Y JUSTICIA SOCIAL

Los términos del debate público acerca del aborto expuestos por los diversos grupos que favorecen su despenalización y legalización, en particular el movimiento feminista, los defensores del Estado laico y de los derechos humanos de las mujeres, se plantean desde tres perspectivas estrechamente relacionadas entre sí: el aborto como un problema de salud pública, como un asunto de injusticia social, de discriminación y de reproducción de desigualdades sociales, y como una cuestión fundamental e íntimamente relacionada con los derechos humanos, en particular con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Plantear el aborto como problema de salud pública significa poner el acento en las causas y consecuencias de las condiciones inseguras en que se realizan los abortos o se atienden sus complicaciones por recurrir a prácticas inseguras, dado el fuerte y adverso impacto en la salud, bienestar y vida de las mujeres. Se reconocen los graves riesgos de recurrir al “mercado clandestino” o bien a abortos que se autopractican las mujeres, situaciones que generan mayores niveles de morbilidad materna: muertes, graves padecimientos y discapacidades de por vida, esterilidad, riesgos que pueden ser prevenidos y evitados mediante el acceso universal de las mujeres a servicios de salud adecuados y eficaces (Abracinskas, 2001; Aguayo Hernández, 1991; Amador, 1998; Gran Álvarez y López Nistal, 2003; Harper *et al.*, 2007; Hessini, 2005; Prada *et al.*, 2012; Schiavon *et al.*, 2012). También significa reconocer que esta práctica conduce a un mayor empobrecimiento de las mujeres y sus familias, debido a los altos costos económicos del aborto clandestino, así como a los mayores costos en la estructura y funcionamiento de los servicios de salud que atienden las complicaciones que se presentan por abortos inseguros (Maroto Vargas, 2010; Benson *et al.*, 2011, 2012; Erviti, 2005; Singh *et al.*, 2009).

No es de extrañar, a la luz de lo anterior, que la interrupción, en condiciones inseguras, de un embarazo no deseado sea considerada como una cuestión de injusticia social que exacerba prácticas discriminatorias y desigualdades de género y sociales ya existentes: son las mujeres de los estratos sociales más desprotegi-

dos, las indígenas, las que residen en zonas rurales o en contextos marginales, así como las adolescentes, sobre todo de estos estratos, quienes, ante las limitaciones y los obstáculos para acceder a un procedimiento seguro, se ven obligadas a recurrir a un aborto en condiciones inseguras y de alto riesgo, a diferencia de quienes tienen los medios suficientes para pagar un aborto seguro aun si es clandestino (Gasman *et al.*, 2006; Lamas, 2001; Shah *et al.*, 2014). A ello se agrega la creciente vulnerabilidad como efecto de la penalización del aborto, acentuada desde el 2008 en la mitad de los estados de la república —en varios de ellos han conllevado acciones altamente cuestionables, como multas, encarcelamiento por lapsos que exceden a otros delitos, o tratamientos psicológicos a que se ven sometidas las mujeres que recurren al aborto—, y las consecuencias que eso tiene para su familia, en especial para sus hijos, así como las penalidades que se establecen para los profesionales de la salud que intervienen en este acto.

Estas injustas circunstancias y consecuencias en la vida de las mujeres y los elevados niveles del aborto que se observan en países en desarrollo donde es ilegal, son indicios claros de que, cuando las mujeres deciden interrumpir un embarazo, lo hacen incluso en condiciones de alto riesgo, con o sin el aval jurídico, con o sin el respaldo de su familia, y a pesar del intenso y recurrente discurso cargado de temores, culpas y estigmas que la Iglesia católica hegemónica u otras Iglesias y los grupos ultraconservadores difunden entre la población.

Sin duda alguna, los derechos humanos de las mujeres, desde el inicio de los movimientos feministas, como ya hemos visto, han representado una cuestión política y social central en el debate público acerca de la interrupción de un embarazo no deseado y de la despenalización del aborto. La premisa central de este planteamiento se fundamenta en la libertad y la responsabilidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, lo que implica garantizar su derecho y libre albedrío para determinar si quieren ser madres, cuándo tener hijos y el número y espaciamiento de éstos, o sea, para vivir una maternidad voluntaria y deseada, para que sus hijos sean también deseados (Abracinskas y López Gómez, 2006; Adesse y Ribeiro de Almeida, 2005; Alfarache Lorenzo, 2003; Guillaume y Lerner, 2007; Shah *et al.*, 2014). En este conjunto de derechos

entra también el derecho de las mujeres a la autonomía en sus decisiones y opciones, de acuerdo a su conciencia, sus valores, sus creencias y sus circunstancias de vida; el derecho a recibir una educación sexual científica en las escuelas como parte de una cultura de prevención en el ámbito sexual y reproductivo, y a contar con servicios médicos con los mejores y más altos estándares y condiciones durante el embarazo, parto y posparto, o para acceder a abortos seguros (Galli y Sydow, 2010; Petracci *et al.*, 2012). El reconocimiento político y jurídico de estos derechos es ante todo una obligación y un compromiso de cualquier Estado moderno, democrático y laico, que respete, promueva y garantice la realización efectiva de los derechos y decisiones de las mujeres conforme a los principios constitucionales y los acuerdos emanados de los tratados internacionales suscritos por los gobiernos, y que responda a sus necesidades y demandas.

En efecto, un referente imprescindible para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos son los consensos, acuerdos y compromisos internacionales y regionales firmados por el gobierno de México, como los mencionados en capítulos anteriores: la Conferencia Mundial de Población celebrada en el Cairo en 1994 (CIPD), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y las subsiguientes reuniones organizadas por las distintas instancias de la Organización de las Naciones Unidas y las relacionadas con esta materia, así como la adhesión de nuestro país a la Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en 1981, y al Consenso de Montevideo en 2013.

La posición de estas instancias respecto al aborto se enmarca en el reconocimiento del derecho de las mujeres a ejercer libremente su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de los hijos y, consecuentemente, de la obligación de los gobiernos de poner a disposición de la población la información, educación y comunicación necesarias para garantizar el ejercicio de estos derechos. Asimismo, subrayan la importancia de promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito de su salud y sus derechos, en la incorporación del varón, así como en un enfoque integral en torno a la salud reproductiva, en particular garantizando el acceso a

servicios de salud a todas las mujeres, sin discriminación ni desigualdad.

En el caso mexicano, entre las intervenciones útiles para resolver los problemas que afectan la salud y el bienestar de las mujeres, en particular en relación con los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al aborto, cabe destacar los informes de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer de Naciones Unidas, las recomendaciones del Comité de seguimiento a la CEDAW, los reportes de diversos comités de Naciones Unidas, y los informes de Amnistía Internacional acerca de los derechos humanos y los de las mujeres. La relatora especial Yakin Ertürk, por ejemplo, tras su visita a México en 2005, mencionó la falta de acceso al aborto legal en caso de violación debido a la lentitud del sistema judicial o a la negativa de prestadores de servicios médicos a practicarlos (Naciones Unidas, 2006).

Por su parte, el Comité de la CEDAW, ante el cual el gobierno mexicano debe presentar informes periódicos, ha ido acumulando recomendaciones a México que las autoridades no cumplen. En 2012 este Comité pidió al Estado que garantizara el apego a la NOM-046-SSA2-2005, en beneficio de las víctimas de violencia sexual, y que armonizara las leyes federales y estatales para eliminar “los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal, teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité” (UNPFA, 2012: rec. 33).¹⁶

El Comité de la CEDAW también ha señalado la necesidad de ofrecer a la niñez y a la juventud “un programa amplio de salud y derechos sexuales y reproductivos adecuado para cada grupo” en primaria y secundaria (UNPFA, 2012, rec. 27), y ha subrayado la

¹⁶ La recomendación general 24, relacionada con el artículo 12 de la Convención, especificaba ya hace más de 15 años que “el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico”, que los Estados parte deben dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado, mediante PF y educación sexual, y a la reducción de la muerte materna. Planteaba igualmente que “en la medida de lo posible debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se han sometido a abortos” (CEDAW, 1999).

importancia de prevenir embarazos no deseados y de reducir la muerte materna (rec. 31). En junio de 2015, a su vez, el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños expresó su preocupación por la violencia contra la niñez, el alto número de embarazo adolescente producto de abuso, y señaló el vínculo entre abortos inseguros y muerte materna (*Sin embargo*, 2015).

Por otra parte, diversas organizaciones internacionales defensoras de derechos humanos publican reportes o recomendaciones acerca de la situación de éstos en el país. Así, por ejemplo, en un memorándum acerca de los derechos humanos en México, Amnistía Internacional resaltó en 2014 que las leyes y medidas contra la violencia hacia las mujeres han sido insuficientes o ineficaces, y criticó las contrarreformas a favor del “derecho a la vida desde la concepción” por “mina[r] el disfrute de los derechos sexuales de mujeres y niñas”, por haber generado una “ambigüedad legal” respecto al aborto legal terapéutico o en caso de violación, y haber aumentado la criminalización del aborto mediante procesos penales. En consecuencia, recomendó que se diera fin a las medidas que criminalizan el aborto (Amnistía Internacional, 2014: 10-11).

La adhesión y compromiso de México a las agendas de diversos organismos internacionales sugiere que el Estado mexicano reconoce la importancia de las visiones integrales de la problemática del aborto, y de la violencia contra mujeres y niñas en general. No obstante, más allá de reiteradas declaraciones de su compromiso con el cumplimiento de las recomendaciones que se le hacen en éstos y otros rubros, los cambios efectivos han sido mínimos o inexistentes. Es de lamentar que al trabajo de estas instancias internacionales que proporcionan tanto información como propuestas de solución, el gobierno mexicano responda con indiferencia o con una política de simulación.

El Estado es la instancia sobre la cual se ejerce la influencia de diversos grupos para modificar el estatuto legal del aborto, para autorizar las intervenciones que requieren las mujeres que recurren a éste en los ámbitos de los servicios de salud o de jurisprudencia, para proporcionar información adecuada en la educación formal y en los servicios de salud. El Estado es también el depositario de los recursos materiales y políticos necesarios para implementar las acciones en esta materia, y el agente de cuya voluntad política (en

particular la del presidente, los gobernadores y los legisladores) dependen las asignaciones para los distintos programas.¹⁷ Hemos visto ya diversos casos en que los partidos y sus agentes han privilegiado sus intereses políticos y personales y han actuado, y actúan, en contradicción con la ética profesional y su carácter de funcionarios públicos en un Estado laico. Es importante también conocer sus principios y programas de acción y el grado de congruencia con ellos de su práctica en relación con el aborto, como veremos a continuación.

*Los partidos políticos: entre la militancia por la "vida"
y la defensa de las libertades*

Como parte del ámbito legislativo, hay que destacar las crecientes intervenciones y las diversas posturas contrastantes, ambiguas y confusas, entre y al interior de los diversos representantes de los partidos políticos en los últimos años, en particular desde la reforma de 2007 en el D.F. y las contrarreformas que en 2008-2010 se llevaron a cabo en 16 Estados. Algunos estudios y la prensa dan cuenta de los intensos debates y decisiones finales de estos agentes que han conducido a la penalización o despenalización parcial en los estados, o en otros términos, que han logrado restringir los derechos de las mujeres, o defenderlos y ampliarlos. Las reformas a las constituciones estatales, a las leyes de salud y a los códigos penales impulsadas por gobernadores o por representantes de los partidos políticos en los congresos locales, o las reformas a la Constitución en el ámbito federal, son un claro ejemplo de su intervención en el marco jurídico del aborto vigente. Cabe plantear que en estas decisiones políticas han incidido las normatividades católicas o la ética laica de los legisladores e integrantes de los partidos, su particular visión de la relación entre lo político y lo religioso, y su grado de congruencia con los postulados partidistas, o intereses coyunturales.

¹⁷ Las reformas a la Constitución, a las leyes de salud y a los códigos penales por los gobernadores y los representantes de los partidos políticos en los congresos locales o nacionales en México, son un claro ejemplo de su intervención en el marco jurídico vigente acerca del aborto.

Una manera de analizar las posturas de los partidos políticos es examinar sus documentos estatutarios y de principios y el grado de coherencia con éstos que demuestran o no sus integrantes en la práctica legislativa y de gobierno. Por ello, a continuación, presentamos un panorama general de las posiciones partidistas respecto de los derechos de las mujeres, la despenalización del aborto y otros temas relevantes como el Estado laico, que nos permite situarlos en el espectro político, en función de estos principios y de su actuación en 2007 en particular. Como veremos, los partidos principales y minoritarios tienen posturas diversas.

Cuando se analizan las declaraciones de principios o las plataformas electorales del Partido Acción Nacional (PAN),¹⁸ es evidente la influencia religiosa en este partido de derecha, conservador. Desde sus principios de doctrina de 1939, el PAN considera al Estado laico como antagonista de la libertad religiosa y de enseñanza, visión que se deriva de su oposición básica a la rectoría de éste.¹⁹ La centralidad que otorga a la “persona humana” se mantiene hasta la actualidad, aun cuando su discurso se modernice para referirse a la igualdad de las mujeres o a los derechos humanos. Así, pese a las transformaciones sociales y a los avances de la ciencia, este partido construye todo un proyecto político a partir de la “primacía de la persona humana”, considerada tal “desde el momento de la concepción”.

La afirmación (sin explicaciones) de que “[el] embrión humano es persona. Tiene la dignidad y derecho a la vida, a la identidad, a la protección del Estado y la sociedad. No puede ser objeto de manipulación ni de las agresiones que conducen a su destrucción y eliminación” (PAN, 2002, sección 11), y la defensa de “la vida

¹⁸ La exposición de las posturas de los partidos se basa en un análisis de sus documentos básicos (declaración de principios, programas de acción y plataformas electorales entre 2001 y 2015). En la medida de lo posible se incluyen referencias precisas pero en muchos documentos electrónicos no hay número de páginas ni se numeran las propuestas. Para ubicar muchos de estos documentos anteriores a 2012, fue útil el siguiente sitio electrónico: <jose acontreras.net/mexico/Politica/Partidos_Políticos.htm>.

¹⁹ Las tensiones entre el régimen de Cárdenas y el empresariado, la jerarquía católica, etc., se habían manifestado ya en 1936 y se agudizaron en 1938. El proyecto de educación socialista aprobado en 1935 también había provocado fuerte oposición, en particular de la Iglesia católica.

desde el momento de la concepción hasta la muerte natural” conllevan la prohibición del aborto, la eutanasia y el uso de embriones en investigaciones científicas, es decir una restricción múltiple de las libertades, en particular (pero no sólo) de las de las mujeres. Su convicción militante en este frente ha llevado al PAN a proponerse “la aprobación de leyes que reconozcan el derecho a la vida y su digno desarrollo, desde la concepción hasta la muerte natural” (PAN 2009), objetivo que ya ha logrado en 16 estados. Según su Plataforma de 2015, buscará imponer esta visión también en el ámbito federal mediante la modificación del artículo 2º constitucional, para inscribir el derecho a la vida desde la concepción, y del artículo 3º para reducir las facultades de la Secretaría de Educación Pública (SEP) acerca de planes, programas y contenidos, en nombre del derecho de las familias a decidir acerca de la educación de sus hijos (PAN, 2015).

Ante este proyecto, cabe preguntar por qué un partido que en 1939 se oponía a que el Estado tuviera “dominio sobre las conciencias” o tratara “de imponer convicciones religiosas”, según afirmaba (PAN, 2002), pretende en 2015 imponer sus creencias religiosas mediante reformas constitucionales o leyes penales, educativas y de salud. ¿No implica esto usar el poder del Estado (la ley) para dominar conciencias y cuerpos?

En contraste, como partido en el poder, en el siglo XX el PRI defendió la laicidad del Estado, la educación pública gratuita y laica, e impulsó políticas de planificación familiar, de educación sexual, y mantuvo en la ley causales de aborto legal, es decir que históricamente ha tenido una posición moderada, que es la que adoptó en el caso de la despenalización en el D.F. en 2007. Sin embargo, en la práctica el PRI no ha sido coherente con sus principios, sobre todo en los últimos años: su acción legislativa hizo posibles las contrarreformas estatales, sus gobiernos abrieron la puerta a una mayor intervención del clero y son partícipes en algunos estados de la persecución penal contra mujeres que han abortado. Estas prácticas parecen indicar un giro conservador o la prevalencia de intereses políticos, “pragmáticos”, personales, en contradicción con sus principios.

En lo que se refiere a los derechos de las mujeres, en su programa de acción de 2006 el PRI se pronuncia por la “equidad de

género”, la “vida digna” para ellas y contra la violencia de género (PRI, 2006: 22). En 2009, pese a la decisiva participación de sus legisladores en la aprobación de las contrarreformas estatales, se propone “[d]efender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres dentro de los principios del Estado laico y las exigencias de salud pública” (PRI, 2009: 15), lo que podría leerse como mensaje indirecto, y mesurado, contra las presiones del clero o del PAN.

A partir de 2012, sin embargo, se observa un significativo cambio retórico en sus documentos, caracterizados por un lenguaje de tipo empresarial “modernizante”, lo que sugiere un menor interés por los problemas sociales que por los económicos y la “eficiencia” del gobierno. En este marco llama la atención su parquedad respecto de la política de población y la vaguedad de propuestas en ese campo que, dada la trayectoria y experiencia del partido, deberían ser concretas. Por ejemplo, cabe preguntarse por qué en 2015 el PRI sólo se propone “[o]frecer programas sobre salud sexual y reproductiva que permitan a las niñas y mujeres contar con información precisa y así reducir los niveles de embarazos no deseados y la violencia contra las mujeres” (PRI, 2015), cuando se sabe que la información, por más “precisa” que sea, no basta para evitar embarazos no deseados ni ser objeto o agente de violencia. ¿Responde esto a conservadurismo o pragmatismo, o es un indicio más de que para el PRI los derechos sexuales y reproductivos son mera moneda de cambio?

Por otra parte, en el caso de los partidos de izquierda o progresistas, que participaron en la aprobación de la reforma de 2007 en el D.F. y que aún existen —Partido de la Revolución Democrática (PRD), Partido del Trabajo (PT), Convergencia, y posteriormente Movimiento Ciudadano (MC)—, sus discursos resaltan la justicia social, la libertad y pluralidad religiosa, la reivindicación del Estado laico, pero no siempre con la misma intensidad el derecho de las mujeres a decidir en su vida reproductiva.

Si tenemos en cuenta los documentos básicos de los partidos que conformaron la Coalición por el Bien de Todos en 2006 (PRD-PT-Convergencia) y los del Partido Alternativa Social Demócrata y Campesina (PSD), podemos contrastar su postura con las del PAN y el PRI, así haya entre ellos diferencias significativas. Sólo el PSD, desde una perspectiva feminista, se proponía, desde su programa

de acción de 2005, “[p]romover reformas legales para garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, como un asunto de libertad de conciencia”, y promover y defender “los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso al aborto legal y seguro” (PSD, 2005: 8), lo que llevó a la práctica cuando apoyó las reformas del 2007 en el D.F. El PRD, integrante principal de la Coalición y primera fuerza en la ALDF en ese entonces, no se situaba en una posición tan liberal pero reivindicaba el Estado laico contra la injerencia de las Iglesias en la política, y el derecho de las mujeres “a decidir libre y responsablemente sobre sus cuerpos, a través de políticas públicas, leyes y servicios” (PRD, 2001). Como integrante de la Coalición hablaba, junto con el PT y Convergencia, de “libertad de reproducción”, y se proponía garantizar el acceso al aborto legal “como en los casos de violación” (PRD, 2006, punto 107) y “[r]evisar la legislación correspondiente sobre aborto para proteger a las mujeres del aborto inseguro”, visto como “un problema de salud que pone en riesgo la vida de miles de ellas cada año” (punto 108), propuestas que se concretaron en las reformas de 2007 y que se repiten en las plataformas del PRD en 2009 y 2012.

Pese a las contradicciones entre la postura ideológica de su partido y a las acciones de ciertos legisladores del PRD a favor de las contrarreformas (2008-2010) o de la despenalización del aborto, por ejemplo en Guerrero en 2014, este partido ha optado por una posición liberal de vanguardia, al afirmar en 2015 que: “la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación es un asunto de derechos humanos y también de salud pública”, y comprometerse a “apoyar el derecho a decidir sobre salud sexual y reproductiva” de las mujeres (PRD, 2015).

El PT y Convergencia-MC mantienen más bien la posición de 2007 en cuanto que siguen apoyando la maternidad libremente elegida y señalan la necesidad de prevenir los embarazos no deseados, sin ir más allá. MC en particular ha adoptado un lenguaje más apegado al discurso internacional, al hablar de “igualdad de género” y de “derechos sexuales y reproductivos”. En 2015 propone “[p]romover leyes y políticas públicas para garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y a una salud sexual y reproductiva responsable, informada y respetuosa de sus decisiones” (MC, 2015). Lo mismo que en el caso del PRD, habrá que ver el

grado de congruencia de sus integrantes con estos principios y propuestas ante las iniciativas restrictivas del PAN o las presiones de la Iglesia católica.

La postura de los partidos minoritarios tiene relevancia por sí misma, pero nos interesa aquí sobre todo en la medida en que se alían a alguno de los partidos principales. En conjunto, no adoptan posturas extremas y más bien se sitúan entre la vaguedad y la indefinición, con excepciones en ciertos temas. En lo que se refiere a la despenalización del aborto, en 2007 Nueva Alianza (Panal) tuvo una actuación significativa en la ALDF por sus 4 votos a favor de la iniciativa y por su rechazo a acompañar al PAN en su intento de presentar una acción de inconstitucionalidad contra las reformas desde la propia Asamblea, aun cuando su Declaración de principios no tocaba el tema y se centraba más en la educación laica. El Partido Verde Ecologista de México (PVEM), por su parte, votó contra esas reformas en 2007, sin sustentar tampoco esa postura en algún lineamiento doctrinario, aunque en su programa de acción de 2003 se pronuncia por continuar “con los programas de planeación familiar, respetuosos de la libertad de la pareja y sustentados en la información y el convencimiento” (PVEM, 2003). Actualmente comparte la plataforma electoral del PRI, con el que se ha aliado para 2012-2018 y 2015.

En cuanto a los partidos de reciente creación que conservaron el registro en 2015, el Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) y el Partido Encuentro Social (PES), hay marcados contrastes entre ellos. Por la trayectoria de sus líderes y por sus documentos, Morena se sitúa cerca del PRD, como partido interesado en el bienestar de la población y en el desarrollo con justicia social. Sin embargo, en lo que se refiere a la ampliación de derechos de las mujeres y de las “minorías” de la diversidad sexual, se distingue de aquél por la falta de concreción de sus propuestas y por la omisión de temas centrales en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Como el PRD, Morena reivindica el Estado y la educación laicos y reconoce la igualdad de las mujeres pero, a diferencia de éste, tiende a la generalidad. En su plataforma de 2015 hay sólo algunas propuestas relacionadas directamente con el tema de este libro; por ejemplo, se propone promover “los derechos de los jóvenes, incluyendo sus preferencias sexuales y sus opciones

reproductivas" (Morena, 2014, sección 4), y, sin mayor distinción, defiende "el derecho a la vida, a la alimentación, a la igualdad, a la diversidad, a la equidad", "a la educación, la salud y el trabajo digno", "el derecho a ser mujer y no objeto de violencia u hostigamiento" (sección 9), enunciados que sugieren buenos deseos.

La falta de desarrollo del proyecto de Morena no puede atribuirse a falta de historia puesto que surgió como asociación política en 2012 y muchos de sus líderes tienen una larga militancia política anterior e incluso experiencia de gobierno. Por ello cabe preguntarse en qué medida la postura adversa de su líder principal, Andrés Manuel López Obrador, a las propuestas de ampliación de derechos de las mujeres y de la población LGBTTI, influyente en 2003-2006, sigue permeando los lineamientos del partido, aun cuando en sus documentos se haya incluido el respeto a la diversidad sexual y el rechazo a "la violencia homofóbica y de género". Habrá que ver si en su actuación los representantes del partido superan las limitaciones y vaguedad de sus documentos básicos y la resistencia de su líder ante temas de ampliación de derechos y diversidad.²⁰ Cabe suponer que, como para los demás institutos políticos, parte de su actuación estará sujeta a presiones y factores más cercanos al pragmatismo político que a la coherencia ideológica.

Finalmente, el Partido Encuentro Social (PES), considerado neoevangélico por los especialistas, se sitúa, en la letra, en una posición intermedia si no indefinida. Plantea como eje principal la lucha contra la discriminación y, supuestamente, la defensa de la laicidad, y se pronuncia por la defensa de "la libertad de pensamiento, orientación sexual o tipo de religión", lo cual, en sus documentos, lo distingue del PAN. Al mismo tiempo define como primer compromiso la creación de un "Instituto Nacional de la Familia" para impulsar el "desarrollo familiar integral", lo cual recuerda a la Comisión de la Familia del Senado. No obstante, establece como compromiso 14 (de cien) "reducir índices de em-

²⁰ Unos días después de las elecciones de 2015, Andrés Manuel López Obrador declaró que el aborto y la unión entre personas del mismo sexo eran "algo tan importante" para la agenda de su partido como la corrupción; como si los derechos humanos no tuvieran la misma relevancia que ese problema (CNN, 2015).

barazos de mujeres jóvenes” (PES, 2014), sin explicar cómo. En la práctica, sin embargo, su postura ideológico-política contradice estas declaraciones de principios y deja ver claramente su trasfondo confesional, ya que su presidente nacional, Hugo Eric Flores, declaró en la Cámara de Diputados que: “[n]osotros [el PES] sí queremos que haya un lugar para Dios en la vida pública de nuestro país” (Político.mx, 2015), declaración que no corresponde a su supuesta defensa del Estado laico.

Las posturas de los partidos, enunciadas en sus documentos, no son desde luego el factor principal en la conducta de sus integrantes: factores políticos y extrapolíticos inciden en la propuesta de iniciativas, las votaciones y la implementación de políticas públicas, como lo demuestran claramente las votaciones a favor de las contrarreformas de 2008-2010, que ya documentamos. Son, sin embargo, uno de los medios que tiene la ciudadanía para conocer las propuestas de los candidatos o para entender el curso de las decisiones políticas y medir el grado de congruencia de los agentes partidistas, quienes proponen, votan o vetan leyes que afectan a toda la sociedad. En vista de las plataformas electorales para 2015 que hemos analizado, es de esperar una renovada pugna en torno a los derechos de las mujeres a decidir sobre su vida y su cuerpo, en torno a la educación que debe ofrecer el Estado y respecto de la ampliación de derechos, como ya se ha evidenciado en las discusiones acerca de la LGDNNA. Probablemente observaremos nuevos ejemplos de contradicción entre principios partidistas, convicciones personales y conductas oportunistas o pragmáticas.

La diversidad de posturas y la tensión entre principios y prácticas caracterizan también a otros actores clave que, en su caso, tienen la responsabilidad de implementar las leyes y actuar en función de ellas: los jueces y abogados.

Los jueces y abogados ante el aborto: intérpretes de las leyes

En la aplicación de las leyes aprobadas por las legislaturas, los abogados y jueces desempeñan un importante papel ya que pueden defender a las mujeres que no tienen acceso al aborto legal, negarse a hacerlo, o condenarlas. Según los resultados de una encuesta

de opinión conducida entre 250 abogados privados y públicos en cuatro regiones de la república mexicana en 2008 (Wilson *et al.*, 2012), la mayoría de ellos tienen un buen conocimiento de las leyes en sus respectivas regiones (90%) y están de acuerdo con la legalización del aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer (93%) o en caso de violación (89%), en casos de malformación del feto (82%) y de riesgo para la salud de la mujer (80%). Se observa también una diversidad de opiniones, ya que en las regiones con mayor influencia religiosa donde los abogados declaran tener un mayor grado de religiosidad, su conocimiento de las leyes es incorrecto y su acuerdo con las causales bajo las cuales se debe permitir el aborto es menor.

Aun cuando los abogados, como otros profesionistas, deben en principio apearse a un código de ética e interpretar las leyes con imparcialidad (si están en posición de juzgadores o impartidores de justicia) o velar por el interés de quien defienden, en cualquier caso, y en particular en el del aborto, inciden en su conducta y en sus decisiones factores personales, sociales, políticos e incluso el tipo de preparación con que cuentan para interpretar las leyes. Cabe señalar, por ejemplo, que los protocolos para juzgar con perspectiva de género son muy recientes, que la mayoría de los abogados formados en las universidades mexicanas carece de esta preparación y que, entre otros factores concretos, el exceso de trabajo en los juzgados reduce la capacidad de análisis complejo de los impartidores de justicia o de los defensores de oficio.

El estigma del aborto y los estereotipos de género pueden incidir en la decisión de los abogados, con práctica pública o privada, de defender o no a mujeres acusadas por el delito de aborto o por homicidio agravado en razón de parentesco. Esto, además de sus creencias personales o sus convicciones religiosas. De ahí, por ejemplo, la negación del acceso al aborto legal para niñas o mujeres violadas que ha documentado la prensa o a la que han dado seguimiento, o apoyo legal, organizaciones de la sociedad civil como el Centro Las Libres o GIRE; de ahí también la indefensión en que han quedado cientos de mujeres encarceladas, acusadas de homicidio agravado en razón de parentesco, condenadas por jueces que no tienen en cuenta la situación sociocultural y personal que ellas han

vivido o que interpretan la ley en función de sus creencias y prejuicios personales.

En este mismo sentido, cabe destacar la respuesta de los responsables de elaborar e instrumentar las políticas y agendas de salud o los códigos penales (senadores, diputados y autoridades del ámbito jurídico), quienes, como hemos visto, en muchos casos han privilegiado sus intereses políticos y personales y han actuado, y actúan, en contradicción con la ética profesional y su carácter de funcionarios públicos en un Estado laico, en vez de contribuir a resolver los problemas sociales, de justicia y de salud pública. En particular, cabe destacar que, pese a ser legal por esta causal en todo el país, el aborto por violación sigue siendo el “más inaccesible para las mujeres”, ya que, como explica Verónica Cruz, directora del Centro Las Libres, las autoridades judiciales ante las cuales las mujeres van a denunciar “les niegan información o les mienten: no les dicen que pueden interrumpir su embarazo, pero sí que pueden dar en adopción el producto”, y hasta les imponen supervisión médica para asegurarse que den a luz (Zamora, 2015a).

Otro de los actores que ejercen una muy importante influencia en el proceso de decisión de las mujeres en relación con el aborto y en el acceso a éste son las instituciones y los profesionales de la salud.

Los profesionales de la salud. Primer principio ético: no dañar

Las instituciones y los profesionales de la salud, en efecto, ocupan una posición única ya que ellos median o intervienen directamente, para permitir o disuadir a sus pacientes de que recurran al aborto o para impedirlo; o para permitir, evitar u obstaculizar que sean atendidas por complicaciones de prácticas inseguras. Ante la importancia clave de esos agentes, es necesario indagar cuál es su postura acerca de diversos aspectos en torno al aborto. Entre los resultados de los estudios que se han hecho para conocer las barreras que prevalecen en este sector en México, destacamos dos aspectos que nos parecen centrales: la percepción, actitud y valoración de los profesionales de la salud ante las causales bajo las cuales se puede permitir el aborto, y algunos aspectos del entorno

médico-técnico, ideológico y subjetivo que incide en el desempeño y atención de éstos en los servicios de salud. Estos temas ilustran su posición acerca del derecho a la salud de las mujeres —acceso a abortos seguros— y los derechos reproductivos que contribuyen a la salud y bienestar de éstas.

Con respecto al primer tema, no obstante el insuficiente y limitado conocimiento que tienen los profesionales de la salud acerca de los marcos normativos que prevalecen en los ámbitos estatal y nacional, se constata que la gran mayoría reconoce que el aborto inducido es un problema de salud y salud pública ante los elevados índices de morbilidad y mortalidad materna por abortos inseguros. Por ello, no es de extrañar que su opinión y percepción de las causales bajo las cuales se debe permitir el aborto se relacionen mayormente con los riesgos para la salud de las mujeres: cuando pelagra su vida o su salud, cuando el embarazo es resultado de una violación y ante malformaciones del feto. En cambio, en circunstancias relacionadas con sus condiciones de vida —económicas, sociales, culturales y subjetivas— y con su derecho a decidir, la aceptación es más reducida y su posición más ambigua (Deyananda *et al.*, 2012;²¹ Schiavon *et al.*, 2010,²² García Núñez, 2013). También cabe notar su apoyo a la reforma de la ley sobre el aborto en la Ciudad de México²³ y las razones de su posición: la libertad de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo, su compromiso personal para con la maternidad electiva como un derecho reproductivo, y su valoración de la contribución de la ley para reducir la mortalidad y morbilidad materna resultante de abortos inseguros y clandestinos.

²¹ 89% estaban de acuerdo cuando pelagra la vida de la mujer, 84% cuando es resultado de una violación o por malformación del feto y 63% por riesgos a la salud de la mujer; 30% por decisión de las mujeres, 19% por fallas en el uso de MA, y 16% por restricciones económicas (encuesta a médicos en una reunión de El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2007).

²² 88% por riesgos a la vida y salud; 87% por malformaciones del feto, 78% por violación y 53% por razones sociales y personales (encuesta a médicos de instituciones privadas, 2008).

²³ Más de la mitad 53% de los profesionales de la salud entrevistados manifestaron su apoyo a la reforma; una minoría 11% mostraron su desacuerdo, 17% estaban indecisos y 19% no emitieron opinión (Contreras *et al.*, 2011).

Asimismo, los profesionales con una posición ambivalente manifestaron reservas relacionadas con la falta de responsabilidad de las mujeres para usar MA; su preocupación por la menor comunicación en el seno familiar, en particular por la falta de información sobre la salud sexual y reproductiva entre adolescentes, y la frecuencia de adolescentes y menores que buscan ser atendidas (Contreras *et al.*, 2001). Estas situaciones se relacionan con la ausencia de programas educativos en distintos ámbitos públicos y privados para difundir información científica y crear conciencia acerca de la prevención de embarazos no deseados, en particular entre los adolescentes.

Sin embargo, su amplio apoyo a las causales relacionadas con la salud de las mujeres no garantiza la disposición de los médicos para atender a las mujeres que solicitan un aborto, en contextos restrictivos porque existen obstáculos del propio entorno que inciden en su actitud, como lo muestran, por ejemplo, su resistencia, oposición, ambivalencia, o negación a atender a las mujeres ante un embarazo resultado de una violación, permitido legalmente en todos los estados, situación que responde a y está íntimamente relacionada con, los obstáculos del entorno y en contextos restrictivos.

El limitado conocimiento en el uso de protocolos de atención, que redundan en la calidad y seguridad de la atención; la escasez de instrumentos técnicos, la resistencia a practicar el aborto con procedimientos quirúrgicos en contraste con el aborto médico; la carga de trabajo, las barreras administrativas y los mayores costos en servicios privados, son, entre otros, los obstáculos que se observan en el ámbito técnico-médico (Schiavon *et al.*, 2010; Contreras *et al.*, 2011).

A lo anterior se agregan otros efectos adversos que permean la práctica médica en contextos legales restrictivos. Entre éstos cabe destacar las actitudes estigmatizadoras a las que se exponen los médicos si ayudan a las mujeres a abortar cuando la práctica es ilegal, o, aun cuando es legal, las acciones de difamación y hasta violentas de que son objeto por parte de los grupos anti-derechos, dentro y fuera de su institución.²⁴

²⁴ Como señalan Montoya-Romero *et al.* (2015), en su estudio sobre las actitudes y prácticas del aborto entre ginecólogos y obstetras en México, más

Por otro lado, el estigma que algunos profesionales de la salud imponen a las mujeres responde en gran medida a sus creencias religiosas o sus convicciones morales, y el acto de objeción de conciencia de los médicos se traduce en ocasiones en un maltrato físico y emocional hacia las mujeres en los servicios de salud. Según McMurtrie *et al.* (2012),

el permitir a los proveedores de salud objetar la realización de un aborto implica imponer un juicio de valor sobre el aborto, en lugar de tratar este acto como otro procedimiento médico más (ética médica). Ello perpetúa el estigma y puede también ocasionar vergüenza y culpa a la mujer (McMurtrie *et al.*, 2012: 166).

Cabe destacar el recurso a la objeción de conciencia para no practicar el aborto, que se contrapone a la ética profesional. Algunos se declaran objetores en los servicios públicos de salud pero no responden así en sus servicios en clínicas privadas (Casas, 2009; Chavkin *et al.*, 2013; Cook *et al.*, 2009; Elú y Leñero, 1992; Gogna *et al.*, 2002; McNaughton *et al.*, 2002; Fiala y Arthur, 2014), ni cuando se enfrentan a una demanda de aborto de un familiar o persona cercana (Faúndes *et al.*, 2004). Incide en su conducta asimismo el temor a ser denunciados ante la posibilidad de sanciones legales o morales, socialmente impuestas, que los han llevado a actuar como “delatores” de las mujeres que han interrumpido su embarazo, con lo cual rompen el secreto profesional.

Sin duda, la ambigüedad entre la legalidad del aborto (marco jurídico), la opinión favorable a su práctica ante determinadas circunstancias y la legitimidad de ésta atraviesan las acciones y discursos conservadores y han incidido en la actuación de estos profesionales, a los que la Iglesia católica ha amenazado con la excomunión y a quienes grupos conservadores han alentado a declararse objetores de conciencia (Casas, 2009; Chavkin *et al.*, 2013; Cook *et al.*, 2009; Elú y Leñero, 1992; Gogna *et al.*, 2002; McNaughton

de una tercera parte de ellos opinan que el gremio médico discriminaría a quienes practican el aborto (39%), una cuarta parte no tiene en alta estima a un médico que hace abortos (28%) y una proporción similar señala que, de realizar un aborto, no lo compartiría con sus colegas.

et al., 2002). Se ha documentado en efecto cómo profesionales de la salud han llegado a impedir u obstaculizar que las mujeres interrumpan su embarazo o reciban atención oportuna en caso de complicaciones por abortos inducidos realizados en condiciones riesgosas (Aceves Mejía, 2000; Cruz Taracena, 2004; Gómez, 2000; Lamas, 2003a; Lamas *et al.*, 2000). Un dramático ejemplo de los efectos de estas presiones en enfermeras y médicos es el caso de varias mujeres que en Guanajuato fueron denunciadas por personal de salud cuando llegaron al hospital por complicaciones de aborto, como lo muestra el Centro Las Libres en su documental "Las libres, la historia después de...". El caso Paulina es paradigmático de las nefastas consecuencias de la colusión de médicos, abogados y políticos para impedir el aborto, incluso cuando es lícito.

En contraparte, cabe destacar las diversas iniciativas sanitarias de algunos integrantes de este sector para enfrentar las posiciones conservadoras, con servicios seguros y de calidad, y su contribución a la elaboración de las normas médicas y de los servicios de consejería pre-aborto en el proceso de interrupción del embarazo y de consejería post-aborto para disminuir la recurrencia de éste. Entre estos agentes, cabe mencionar a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, y la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Médicos sin Fronteras, Doctors for Choice y el Programa de la ILE en la Ciudad de México.

Estas iniciativas y experiencias, entre otras, han favorecido posturas y prácticas de mayor aceptación y por tanto evidencian la centralidad del papel de los médicos y otros profesionales de la salud para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos. Sin embargo, es importante añadir, como señalan Erviti *et al.* (2009), que la profesión médica en México y América Latina se caracteriza por ser predominantemente conservadora frente al aborto. La mayoría de ellos lo aceptan por razones de salud, pero se resisten en relación con otras circunstancias de la vida de las mujeres y sus familias. Su posición conservadora está nutrida por el entrenamiento médico que reciben en las instituciones educativas y por el contexto legal prevaleciente en México que condena el aborto.

Como puede notarse, haría falta una mayor concientización de los médicos y del sector salud en general acerca de las causas y consecuencias de los embarazos no deseados y del aborto inseguro, así como de las condiciones y situaciones de las mujeres que recurren al aborto, con el fin de contrarrestar las presiones sociales, culturales y religiosas a que pueden estar sujetos, o la falta de información y formación que puede afectar no sólo su opinión sino su práctica. Un mayor conocimiento de la normativa nacional acerca del aborto y de la internacional en cuanto a derechos humanos y salud, por ejemplo, resultaría útil, sobre todo a la luz de la influencia potencial del marco internacional en las políticas públicas a partir de la reforma al artículo 1º constitucional en 2011. Conviene recordar en este sentido que, entre las recomendaciones del Comité de seguimiento de la CEDAW a México en 2012, se demandó al Estado que “informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben” (UNPFA, 2012: 86). También cabe destacar que, en su recomendación general 24 de 1999, el Comité de la CEDAW explicitó que la negación de servicios de salud permitidos por la ley a las mujeres es discriminatoria y que, cuando prestadores de salud lo hacen por “objeción de conciencia”, se debe remitir a la mujer a instituciones que sí presten el servicio (CEDAW, 1999, inciso 11).

Entender y reconocer la complejidad del aborto como problema de salud pública y asunto de justicia social y derechos humanos es crucial para instrumentar políticas públicas adecuadas. Por ello, también es necesario comprender la experiencia que viven las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado y deciden interrumpirlo. Los dilemas que ellas confrontan tienen que ver con factores personales pero están también definidos por factores externos, como las visiones parciales, circunstanciales o sesgadas de los distintos actores involucrados en el tema, a los que ya nos hemos referido, y por el marco legal que permite o restringe el acceso a un aborto seguro.

LA MUJER ANTE LOS DILEMAS DEL ABORTO: UNA EXPERIENCIA
PERSONAL COMPLEJA

En los debates públicos y en la vasta literatura disponible acerca del aborto, diversas y múltiples voces advierten que éste es un proceso complejo en sus causas, sus consecuencias, y en las condiciones y circunstancias materiales, ideológicas, culturales y subjetivas que inciden en la decisión que lleva a las mujeres a interrumpir voluntariamente un embarazo no planeado y no deseado. Se reconoce que la valoración de esta complejidad está íntimamente relacionada con el estatuto legal del aborto, con las diversas maneras de comprender e interpretar su magnitud, sus causas y consecuencias, y sobre todo con las diversas condiciones del contexto social, demográfico, económico, cultural, sanitario y político de cada país, en particular las circunstancias en que se encuentran las mujeres en el transcurso de su vida, tanto en el ámbito sexual y reproductivo, como en sus oportunidades y opciones en otras esferas de su trayectoria de vida. ¿Cuáles son los principales dilemas y determinantes que entran en juego en el proceso de decisión del aborto por parte de las mujeres?

Un primer dilema que se desprende del marco legal está asociado con el entorno en que se toma la difícil decisión de abortar. No es lo mismo decidir abortar en un país donde es legal y seguro que donde es ilegal, inseguro y rodeado de un fuerte estigma social. En estas situaciones, la toma de decisión es aún más difícil para las mujeres que viven en condiciones vulnerables y de exclusión y que no cuentan con las redes de apoyo ni con los recursos económicos suficientes para abortar en condiciones adecuadas. Los riesgos asociados a una práctica ilegal, sean éstos sanitarios, penales o sociales, dificultan la toma de decisión. Cuando el aborto es sancionado por la sociedad y la ley, es un acto altamente estigmatizado; un estigma que afecta sobre todo a las mujeres y, también, a los profesionales de la salud.

En el caso de las mujeres, el estigma social tiene graves consecuencias sobre su decisión y comportamiento, ya que las conduce a practicarse abortos por sí mismas, fuera del sistema de salud, en la clandestinidad, con todos los riesgos asociados a procedimientos inseguros, en su vida y su salud. En contextos de ilegalidad y

donde prevalecen marcos restrictivos que penalizan el aborto, las mujeres que recurren a éste o que requieren ser atendidas por las complicaciones de aborto corren el riesgo de ser denunciadas por los profesionales de la salud, de ser castigadas con penas de cárcel por demás desproporcionadas, o con altas multas, o con la imposición de tratamientos psicológicos, “educativos” o de trabajos comunitarios, como ya evidenciamos en el capítulo anterior.

En otras situaciones, las mujeres se enfrentan a barreras administrativas que les impiden acudir a tratamientos oportunos o acceder a un aborto seguro practicado en el ámbito legal, obstáculo que se ha constatado en diferentes países, como México, Nicaragua, Bolivia, El Salvador, Honduras, donde se ha negado, sobre todo a adolescentes y jóvenes, el derecho de interrumpir un embarazo producto de una violación, por malformaciones del feto, o para evitar graves consecuencias en su salud física y mental.²⁵ En estos casos, ha sido un impedimento primordial la frecuente intervención y estrategia de la Iglesia católica y de los grupos conservadores que presionan a las mujeres o a sus familiares, o a ambos, para que desistan del aborto, o que influyen en las autoridades médicas y legales para no permitirlo. Asimismo, y aun en los casos en que se permite el aborto por algunas causales legales, el estigma prevaleciente sobre esta práctica ha incidido en la deficiente o nula instrumentación de las escasas e insuficientes regulaciones sobre las condiciones y los procedimientos adecuados que han de seguirse para obtener servicios de aborto seguros, y en la propia decisión de las mujeres.

El estigma, como señala Hessini (2012), es un mecanismo de control social, utilizado para deshumanizar y devaluar a las mujeres que deciden terminar con un embarazo imprevisto, ya que

²⁵ Como testimonio de estos actos véase, por ejemplo, el caso de Paulina en México, que ya mencionamos en el cap. 1 (Aceves Mejía, 2000; Cruz Taracena, 2004; Gómez, 2000; Lamas *et al.*, 2000; Ubaldi Garcete, 2004). Véase también el caso de Rosa, de Nicaragua, o de otra adolescente en Bolivia, víctimas de violación y a quién la Corte autorizó el aborto, pero no hubo médico que quisiera practicarlo (López Vigil, 2003; *Women's Health Journal*, 2003; Michel, 2000); o el caso de Beatriz, en El Salvador, y una mujer peruana en que el producto fue diagnosticado como anencefálico, quienes fueron obligadas a continuar el embarazo y a dar a luz, aunque falleció el producto pocos días después de nacer, con serias consecuencias en la salud física y mental de estas adolescentes (*Reproductive Health Matters*, 2003).

responde a una construcción social que etiqueta dicho acto como algo inapropiado y desviante, que conduce a silenciarlo, y a normalizar la discriminación y exclusión que sufren las mujeres. La justificación o razón de su práctica es en sí misma un acto de discriminación.

Una evidencia pertinente de los diversos niveles y formas en que opera el estigma, en tanto atributo negativo, legitimado en un contexto social restrictivo que penaliza y criminaliza el aborto, es la investigación realizada por Galli y Sydow (2010) en la ciudad de Campo Grande, del estado de Mato Grosso do Sul, en Brasil. Ésta muestra cómo el estigma ha llevado a calificar el aborto como una conducta desviante de la moral, y a la mujer que aborta como anormal, promiscua, pecadora, irresponsable, asesina, entre otros calificativos negativos utilizados también por los medios de comunicación y por los grupos que se oponen a despenalizar el aborto y que contribuyen a reforzar la estigmatización. Los testimonios de las propias mujeres ponen de manifiesto las condiciones de soledad, de tensión y crisis emocional y económica en que ellas tomaron la decisión de abortar en secreto, por temor a su familia, a perder la vida, a ser condenadas, discriminadas y marginadas socialmente. Asimismo, saca a la luz las situaciones que viven las mujeres después de abortar, al sentirse intimidadas y temerosas por la violencia física y psicológica que la pareja ejerció en la relación, o por la presión que ejerció para que abortaran, y ante la ausencia y el desconocimiento de los apoyos que tiene la mujer para abortar.

Un segundo dilema relacionado con el estatuto legal del aborto remite al significado de la decisión y responsabilidad de tener o no hijos, en el ámbito público y privado, cuyas fronteras no siempre son evidentes. El interrumpir un embarazo no previsto y no deseado es una decisión estrechamente vinculada a las condiciones de vida de las mujeres y a su autonomía para decidir sobre su cuerpo y su vida. La decisión de abortar varía de acuerdo con su edad, la etapa de su ciclo de vida, el nivel educativo, la paridad deseada y alcanzada, su estatuto social, sus valoraciones y creencias culturales y religiosas y sus proyectos de vida. En el ámbito privado, individual e íntimo, la responsabilidad y el poder de decisión de las mujeres depende del grado de equidad o inequidad social de género en el seno familiar, de la calidad de la relación con la

pareja, de los papeles que las mujeres asumen por su voluntad o que se les imponen; del grado en que estén o no subordinadas en la vida doméstica, en el ámbito del trabajo o en otros espacios. Depende, en síntesis, del grado en que las afecten las inequidades derivadas de una cultura patriarcal arcaica que define y limita la responsabilidad inherente a la condición, mal llamada “natural”, de las mujeres: el deber ser en tanto mujer-madre-esposa.

Si bien la crianza claramente es una opción individual, el tener o no tener hijos y cuántos y cuándo tenerlos, y por lo tanto el recurrir a la interrupción del embarazo, también es una decisión individual. En relación con el ámbito público, las mujeres tienen que enfrentarse a la desigualdad entre “quienes, sin asumir la responsabilidad cotidiana de su crianza, tienen el poder para impedir o favorecer que se den esos nacimientos, y el de quienes los tendrán que asumir afectiva y económicamente en el día a día” (Lamas, 2004: 151). Es decir, aunque se trate de una experiencia personal y de una decisión individual, está mediada por la acción u omisión del Estado: las condiciones en que aborta la mujer que ha decidido hacerlo están en gran medida determinadas por la aceptación, omisión o rechazo del Estado ante su obligación y responsabilidad de garantizar, como parte de los derechos humanos de las mujeres, el acceso universal de éstas a los mejores servicios de salud.

Un tercer dilema en la decisión de abortar responde a las condiciones del contexto social, cultural e institucional en el ejercicio de la sexualidad en el que intervienen múltiples y diversos factores. Como ejemplo de ellos, e íntimamente relacionados con los determinantes que subyacen a las causas que llevan a recurrir al aborto, nos interesa mencionar dos hechos ampliamente documentados. El primero de ellos se enmarca en la disputa central entre la postura de los conservadores y la jerarquía católica, y la de los grupos liberales acerca de la sexualidad y su relación con la reproducción, o sea en cuanto a tener relaciones sexuales sin la intención o el deseo de embarazarse, disputa a la que ya nos hemos referido pero cuyas implicaciones en el ámbito personal nos parece pertinente destacar. Como señalan Melgar y Lerner (2013: 146) al analizar los discursos de la jerarquía católica y de la Iglesia católica hegemónica en México, en la doctrina católica

se recalca continuamente que la sexualidad aceptable se da sólo en el “acto conyugal”, es decir, en el acto sexual de una pareja heterosexual casada por la Iglesia. Por lo tanto se rechaza rotundamente la separación de sexualidad y procreación [...] toda sexualidad fuera del matrimonio, por considerar libertinaje (sobre todo de las mujeres), al adulterio, la unión libre, al embarazo adolescente [...].

Lo que subyace a esta visión tradicional, como añaden las autoras, continúa siendo el control del cuerpo y la mente de las mujeres y el rechazo (y represión) hacia una sexualidad humana placentera ante las transformaciones culturales, sociales, de papeles e identidades de género, postura que es fuertemente cuestionada por quienes defienden la libertad de las mujeres en su vida sexual y reproductiva y sustentada en las transformaciones y situaciones objetivas que se observan desde el siglo XX.

La realidad nos muestra un cambio importante que prevalece desde hace algunos años y no se puede negar: la entrada a la vida sexual se produce más temprano tanto para las mujeres como para los hombres y en muchos casos antes del matrimonio; dicho en otros términos, el retraso a la entrada en unión contribuye a una extensión del lapso en que la sexualidad premarital está disociada de la reproducción, situación en que la maternidad no se considera oportuna. Puede ser inoportuna debido a la relación en la pareja (esporádica, conflictiva) o porque puede comprometer el desarrollo personal o los proyectos de vida de la mujer. Las percepciones de la maternidad dependen del contexto en el cual ocurren estos embarazos no deseados. Las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas recurren al aborto a causa de situaciones de dependencia económica y social que les impiden asumir por sí solas o con la pareja la crianza de un hijo, o de un hijo adicional, situación que se agudiza particularmente en las jóvenes (Menkes y Suárez, 2005; Erviti, 2005). El embarazo o la maternidad precoz implica el abandono temporal o definitivo de los estudios y compromete las actividades y perspectivas profesionales o bien se percibe como una, o exclusiva, alternativa de proyecto de vida para las mujeres jóvenes, ante la ausencia de oportunidades y otras opciones, y por ello se considera un problema social (Stern, 2012; Enríquez Domínguez *et al.*, 2010; Ferrando, 2002; Lafaurie *et al.*, 2005; Núñez Fer-

nández, 2001; Zamudio Cárdenas *et al.*, 1999). Por otra parte, los altos índices de violencia y abuso sexual y su mayor frecuencia entre mujeres adolescentes y jóvenes, aun entre niñas, explican en gran medida los embarazos no deseados, así como el deseo de interrumpir su desarrollo (Almaraz Hernández, 2003; Lara *et al.*, 2003; Ubaldi Garcete y Winocur, 2005).

Un cuarto dilema y factor determinante asociado a la decisión de interrumpir el embarazo no deseado se deriva de la ausencia de una práctica anticonceptiva eficaz y hasta de las limitaciones propias de ésta: la falta de acceso para utilizar MA, el no utilizarlos adecuadamente o la inadecuación del método utilizado con las condiciones físicas o de vida de las mujeres o bien las fallas en el uso de algunos métodos, cuyo margen de efectividad es incierto. La relación entre anticoncepción y aborto es sin duda uno de los aspectos primordiales en el debate acerca de la despenalización de éste. La gran revolución del invento de la pastilla anticonceptiva y de los posteriores desarrollos tecnológicos en esta materia han posibilitado que las mujeres controlen el número de hijos deseados y cuándo tenerlos, su deseo de embarazarse o no, y por tanto que ejerzan una decisión libre y sus derechos respecto de su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, son aún numerosas las mujeres que se ven excluidas y restringidas de este gran logro y beneficio, en particular las adolescentes y jóvenes, las indígenas y las que residen en contextos marginales.

Diversos autores han indagado y reflexionado acerca de los obstáculos que prevalecen para disminuir el número de abortos mediante una práctica anticonceptiva efectiva y universal y acerca del complejo proceso de esta práctica, en la que prevalece una ausencia de lo que Zamudio *et al.* (1999) llaman la "cultura de la prevención". Este concepto e ideal hace referencia a la construcción de un espacio mucho más complejo que incluye aspectos de orden técnico-institucional (la disponibilidad de anticonceptivos, posibilidades de acceso, información clara y precisa, capacitación y compromiso por parte de los profesionales e instituciones de salud, costos), de tipo médico (efectos de los anticonceptivos sobre el organismo), y una amplia gama de dimensiones socioculturales que, en tanto construcciones sociales, definen la conducta preventiva. Sin embargo, como señalan estos autores, ante las precarias

condiciones y posibilidades estructurales, las creencias culturales y los mitos, y la ausencia de mecanismos equitativos de oportunidades, de acceso a servicios y de participación social, la población difícilmente puede desarrollar una cultura de la planeación. En cambio, ante las condiciones de desempleo, trabajo mal remunerado, inequidades estructurales y cotidianas, prevalece “el sentido de la oportunidad, el sentido del momento, el gusto por el azar, y esa habilidad les permite vivir el imprevisto cotidiano y enfrentar sus riesgos” (Zamudio *et al.*, 1999: 364), sin considerar las consecuencias de sus actos.

A lo anterior se agregan otros aspectos que explican la ausencia de esta cultura y conducta preventivas: las condiciones de desigualdad y las relaciones de poder entre los géneros y el control o dominio masculino sobre la mujer, las limitaciones de la comunicación inter-género, las representaciones simbólicas acerca de las consecuencias sobre la salud del uso de métodos anticonceptivos modernos, así como la relación de las mujeres con su propio cuerpo y su autoestima. Esta ausencia de prevención también se relaciona, como señala Lamas (2003a), con las carencias sociales, en especial la ausencia de amplios programas de educación sexual integral, que se traduce en una ignorancia reproductiva generalizada, y sobre todo en “la condición humana” y la subjetividad individual, en la cual los olvidos, la irresponsabilidad, los deseos inconscientes, son parte de su naturaleza constitutiva y explican las dificultades de la prevención.

En el caso de adolescentes y jóvenes, si bien estas condiciones operan en su decisión de tener o no los hijos deseados, nos parece importante destacar otros obstáculos que este sector de la población, en especial las mujeres, enfrenta en su práctica reproductiva y en relación con la interrupción de los embarazos no deseados. Además de reconocer las barreras específicas en el acceso al uso de MA, sean éstas sociales, económicas, culturales, en el caso de las adolescentes y las jóvenes es importante señalar la negación o falta de comprensión de su sexualidad por parte de ellas mismas, de sus padres, de los profesionales de la salud, y de otros actores sociales, que conducen a discriminarlas, excluirlas y a violentar sus derechos humanos. El precario conocimiento y las falsas creencias acerca de los riesgos y consecuencias que conlleva tener relaciones sexuales sin

protección, la falta de información y consejería adecuada acerca del uso de MA requeridos en esta etapa de la vida, las dificultades en la negociación con su pareja, especialmente en el caso del condón masculino o del retiro, son parte de la ausencia de una cultura preventiva. La alta frecuencia de situaciones de abuso sexual y de violación ha contribuido también a altos niveles de embarazos no deseados y de abortos en un contexto donde la pastilla de emergencia no está disponible o el acceso a ella se ha obstaculizado.

Finalmente, ante los dilemas enunciados, se desprende que la cuestión o dilema central se inscribe en las opciones que permite el marco jurídico en el proceso de decisión de las mujeres. Aun desde una óptica de sentido común, éstas se circunscriben a las disyuntivas que se derivan de la despenalización de la práctica del aborto o de su penalización. Como ya hemos señalado en los capítulos anteriores, en el primer caso las opciones que las mujeres tienen ante un embarazo no deseado ni planeado son: asumir voluntariamente —sin coacción ni imposición— el embarazo y llevarlo a término; interrumpir voluntariamente el embarazo mediante el acceso a servicios de salud seguros, o bien continuar el embarazo y dar en adopción ese hijo o hija. Esto significa que en un contexto de despenalización nadie obliga a una mujer a abortar y, más aún, que prevalece la decisión y voluntad de la mujer, su derecho a decidir su vida reproductiva sin ninguna imposición. En cambio, en un contexto en que se penaliza el aborto, aun cuando la adopción se presente como opción para las mujeres, lo que prevalece es la desmesurada e inaceptable coacción de continuar con un embarazo no deseado, con una maternidad obligada. Se trata pues de una falsa opción que no sólo orilla a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos con altos riesgos para su salud y su vida, sino que las lleva a ser penalizadas. Desde una perspectiva de derechos humanos, la penalización violenta a las mujeres al negar su autonomía reproductiva, al restringir o anular su libertad de decisión, al confinarlas en la cárcel o imponerles tratamientos médicos como si fueran anormales, y también al usar la ley para imponer la maternidad por mandato, arbitrariedad que, como ya señalamos, diversos organismos internacionales han condenado.

La complejidad del proceso de decisión de la mujer que la lleva a optar por el aborto, que hemos intentado exponer aquí

desde distintos ángulos, debería ser considerada por los actores que, con visiones fragmentarias e intereses particulares, intervienen en los debates, deciden leyes, condenan a las mujeres u obstaculizan su acceso al aborto legal y seguro. Esas decisiones afectan directamente a mujeres individuales que muchas veces ya viven en condiciones difíciles o pasan por situaciones personales delicadas. Afectan también a millones de mujeres cuya salud, vida y bienestar se ponen en riesgo cuando se ignoran las consecuencias de leyes restrictivas y, en nombre de dogmas y creencias, de evidencias seudocientíficas, y por intereses políticos y afán de control, se legisla o se argumenta en contra de sus libertades y derechos, en particular de sus derechos sexuales y reproductivos. Las estrategias discursivas que se usan para oponerse a la liberalización del aborto o para justificarla, y las implicaciones de unas y otras, desde la perspectiva de la salud principalmente, son el objeto de análisis de los capítulos siguientes.

SEGUNDA PARTE

ABORTO Y SALUD: FACETAS
DEL DEBATE

¿DE QUÉ SE HABLA CUANDO HABLAMOS DEL ABORTO Y SU DESPENALIZACIÓN?

INTRODUCCIÓN

En el debate público en torno al aborto y su despenalización, como en otros campos, el uso del lenguaje no es neutro: expresa actitudes, valoraciones, ideas, sentimientos y modos de pensar. Los conceptos, calificativos, asociaciones e imágenes corresponden a campos de pensamiento y discursivos relativos a visiones específicas del mundo social. Las palabras reflejan y construyen a la vez consideraciones sociales, morales, jurídicas y culturales que reivindican diversos principios. Los argumentos expuestos en estos debates son un reflejo ideológico de la pluralidad social y política, de las posiciones de poder de los diversos grupos que componen nuestras sociedades y de sus intereses y estrategias para influir en la orientación, formulación y conducción de iniciativas, leyes, programas y políticas públicas.

En este capítulo examinamos algunos de los argumentos discursivos expuestos en 2008 acerca del aborto y su despenalización, que remiten a tres grandes ámbitos: el moral o ético; el legal, incluyendo conceptos de derechos humanos, y el que tiene que ver con la función del Estado y las políticas públicas. A modo de breve contextualización, exponemos primero términos y consideraciones básicas que se han de tener en cuenta en el debate acerca de los significados que se le dan a la palabra “aborto”, no siempre claros ni explícitos en los argumentos presentados. Nos ocupamos después de las voces contrarias a la despenalización, destacando el sentido de sus argumentos enunciados en las audiencias celebradas en la SCJN, y luego analizamos las voces favorables a la despenali-

zación. Como se verá, las consideraciones acerca del aborto, la determinación de permitir o no la interrupción del embarazo, como señala acertadamente Ortiz Millán (2009), dependen en gran medida de los juicios de valor sobre las cuestiones morales y sociales que se tengan acerca del aborto. Cabe advertir que en la selección de los argumentos analizados intentamos destacar un solo tema pero en muchos casos los planteamientos se refieren también a otros temas que analizamos en los capítulos siguientes.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR “ABORTO”?¹

El concepto de “aborto” y su uso varían ampliamente en los lenguajes científico-técnico o religioso, y aparece en el debate público con diversa valoración ética, moral, ideológica, social, jurídica y política, manifiesta, entre otros, en los medios masivos de comunicación y en las investigaciones científicas. Hay por tanto criterios en las definiciones básicas de este concepto, que son centrales en el análisis, la valoración y la discusión de los argumentos que exponen distintos grupos y que aluden al significado mismo del término, a los diversos tipos de aborto, a las principales causales que llevan a su práctica y que suelen estar permitidas, y a las condiciones particulares de los contextos y los perfiles de las mujeres que recurren a él, entre otras.

El aborto, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

[...] es la interrupción del embarazo cuando el embrión todavía no es viable fuera del vientre de la mujer, siendo la viabilidad extrauterina del producto un concepto médico que gira en torno a las 22 semanas de gestación o con un producto de al menos 500 gramos de peso.²

¹ Una más amplia especificación de los tipos de aborto y sus definiciones se encuentra en el anexo del capítulo 1 del texto de Guillaume y Lerner (2007).

² Véase <<http://www.abortoinformacionmedica.es>>. Si bien el concepto de embrión y feto son utilizados muy frecuentemente como sinónimos, en sentido estricto el primero se refiere al producto de la concepción con anterioridad a las 12 semanas y el segundo con posterioridad a ese periodo y hasta el nacimiento.

Seleccionamos esta definición ya que en el debate público de los últimos años, como ya mencionamos en el capítulo anterior, esta condición de gradualismo temporal del proceso de desarrollo del embrión es uno de los puntos de mayor controversia en torno a la despenalización del aborto: se relaciona con el momento en que la mujer adquiere el estatus de embarazada y en que el embrión, según la etapa de gestación en que se encuentra, adquiere las características para otorgarle o no el potencial estatuto de persona humana, y los derechos de toda persona, antes de su nacimiento. Así, para quienes se oponen a la despenalización, el embarazo comienza con la fecundación, es decir, con la unión del óvulo y el espermatozoide formando el cigoto, al que consideran desde ese momento como un ser humano, sujeto de derechos y con posibilidades de sobrevivencia extrauterina temprana. En cambio, para quienes apoyan la despenalización, el embarazo se inicia con la comprobación de la implantación del cigoto en la pared del útero, y éste sólo adquiere el potencial de convertirse en un ser humano vivo según su desarrollo neurofisiológico a partir de las 12 semanas de gestación. Se considera que este periodo da mayor certeza biomédica y jurídica que el lapso más amplio que en otros países se extiende hasta las 22 o 24 semanas.

Una segunda precisión tiene que ver con el tipo de aborto del que se habla. Si bien desde un punto de vista médico y de sentido común el “aborto” consiste en cualquier proceso de interrupción del embarazo que puede suceder en todas las etapas de la gestación, en el marco del debate acerca de la despenalización es importante distinguir entre varios tipos y diferenciar entre aborto espontáneo o inducido, entre aborto seguro o inseguro y entre “aborto” en general y aborto terapéutico, no sólo por precisión sino porque en términos legales y de salud tienen implicaciones importantes, que, como se verá en los argumentos expuestos por la mayoría de los conservadores en las audiencias de 2008, se omitieron o no se explicitaron (como sigue sucediendo en estos debates):

- El *aborto espontáneo* resulta de la interrupción de un embarazo, sin que medie una maniobra o voluntad abortiva. Según estimaciones, entre 10, 15 (WHO, 1994) y 20% (Sedgh *et al.*, 2012) de los embarazos finalizan a causa de un aborto natu-

ral, que suele estar mayormente asociado a la salud de la gestante.

- El *aborto inducido* responde al embarazo terminado deliberadamente y provocado voluntariamente, ya sea con asistencia médica o en servicios de salud seguros o bien fuera del sistema de salud.

Como parte de este último concepto es fundamental distinguir entre el *aborto seguro*, realizado por personal calificado, con técnicas y criterios médicos e higiénicos adecuados, de preferencia en una etapa temprana del embarazo, y que conlleva bajas tasas de mortalidad y morbilidad, y el *aborto inseguro*, que, según la OMS, es el “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 mínimo o ambos” (OMS, 2012: 12). El aborto inseguro incluye los abortos inducidos que se realizan en países con leyes restrictivas así como en países que lo autorizan a demanda de la mujer, pero que no cumplen con estos criterios. Se estima que del total de abortos en el mundo, alrededor de 44 millones, cerca de la mitad son realizados anualmente en condiciones inseguras, y la casi totalidad de ellos (98%) se llevan a cabo en países en desarrollo con legislaciones restrictivas (Singh *et al.*, 2009). “Globalmente existe una relación de 1 aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos [aunque en algunas regiones], la relación es mucho mayor”, como en el caso de América Latina y el Caribe, donde “hay más de 1 aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos” (OMS, 2012: 12). También se estima que 40% de las mujeres que tienen abortos inseguros sufren serias complicaciones que requieren atención médica (WHO, 2007).

Otro tipo de criterios conllevan distinciones respecto del aborto inducido: las causales bajo las cuales en la mayoría de los países se permite. El más frecuente es el *aborto terapéutico*, que se practica cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida de la mujer embarazada o conduce a un grave deterioro en su salud física y mental, y frecuentemente incluye los casos en que el embrión presenta malformaciones genéticas que tienen severas consecuencias en la vida potencial del producto. Otro es el *aborto por violación*,

una de las causales por las que, al menos en el plano retórico, más se permite en algunos países de Latinoamérica.

Por otra parte, en términos jurídicos, los términos de “aborto legal” o “interrupción legal del embarazo” (ILE) se refieren al procedimiento que se realiza bajo las causales contempladas en la legislación de los países o en determinados contextos locales, y que generalmente se limita a una temporalidad del embarazo y a las causales que lo permiten hasta etapas más tardías. Como ya se ha señalado, en el D.F., la reforma de 2007 lo autorizó a petición de la mujer hasta las 12 semanas de gestación, y ahí y en otros estados se mantienen causales para plazos posteriores. Conviene también agregar la diferencia entre el aborto como un acto despenalizado y como un acto legal. En sentido estricto, como explica GIRE, “despenalizar el aborto significa eliminar por completo el castigo penal a las mujeres que se han practicado un aborto, así como a quienes las han ayudado; significa sacar el aborto de los códigos penales para que deje de ser un delito”. Esto no excluye considerar que toda ley debería castigar el aborto cuando es practicado en contra de la voluntad de la mujer. “En cambio, legalizar el aborto implica no sólo despenalizarlo sino reformar las leyes necesarias para que la interrupción del embarazo forme parte del derecho a la protección de la salud y, por lo tanto, se incluya en los servicios médicos de manera segura y gratuita” (GIRE, 2000: 99). En el caso del D.F., desde 2007 el aborto es ilegal después de la doceava semana, excepto bajo las causales legales.

Es interesante notar que las voces que se oponen a la despenalización tienden a omitir estas distinciones, o se centran en todo caso en la diferencia entre aborto permitido y aborto clandestino (no hablan de aborto inseguro). En cambio, como se verá aquí y en los capítulos siguientes, las distinciones son fundamentales en los argumentos de quienes favorecen la despenalización, cuando se refieren a los derechos, a la salud, al derecho a la salud, al acceso a servicios de calidad, etcétera.

Por último, aunque en los argumentos conservadores subyace un concepto positivo del embarazo como bendición o don, y de la maternidad como destino o ideal, cualquiera que sea la circunstancia del embarazo y de la mujer, de modo que tienden a omitirse las distinciones entre “embarazo no deseado”, “no planeado”, “ines-

perado”, “imprevisto” o “no intencional”, cabe destacarlas así sea brevemente para evitar confusiones. El que un embarazo no sea deseado no significa necesariamente que la mujer no quiera ser madre, sino que no quiere serlo en ese momento o no quiere serlo más; por tanto, importa si se le reconoce o no el derecho a decidir si quiere serlo o no, en diversas circunstancias. La mujer enfrenta un embarazo inesperado o no planeado cuando éste es producto de una violación, o por fallas en el uso de métodos anticonceptivos, o cuando se da en condiciones económicas difíciles para el sostén de un (otro) hijo, sobre todo en etapas tempranas de la vida de la mujer (niñez, adolescencia), o ante un proyecto de vida que no incluye la maternidad en ese momento o en ninguno.

Veremos a continuación el tipo de argumentos y juicios de valor acerca del aborto y su despenalización, y acerca de la inconstitucionalidad o constitucionalidad de la reforma de 2007, presentados por cada uno de estos grupos; nos centraremos en los aspectos morales-éticos y jurídicos de este debate. Veremos cómo entienden y califican el aborto conservadores y liberales, cómo interpretan esa reforma, cómo la relacionan con el derecho, los derechos humanos y los derechos de las mujeres, y qué papel asignan al Estado en este asunto.

LA ARGUMENTACIÓN DISCURSIVA EN CONTRA DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

Los conservadores, con su visión sustentada en las enseñanzas y dogmas religiosos que imponen la jerarquía católica y otras Iglesias, plantean como premisa fundamental y única que el óvulo fecundado debe considerarse como una persona humana sujeta de derechos. Por consiguiente, consideran el aborto como un homicidio. Señalan además que es un acto inmoral e ilegal que viola lo que consideran derechos del producto. En contraste, niegan los valores de la doctrina católica: el respeto, la tolerancia y sobre todo la libertad de conciencia y, por ende, los derechos de las mujeres en su ámbito sexual y reproductivo. En consecuencia, para ellos el aborto de un embarazo inoportuno y no deseado debe ser prohibido y hasta severamente penalizado sin excepciones, incluso en los casos

de embarazos producto de una violación, cuando atenta contra la vida de la mujer o puede llegar a afectar severamente su salud física y emocional, o cuando hay malformaciones del feto que lo hacen inviable.

La base más general del discurso conservador es la interpretación ortodoxa del dogma católico. En éste dos conceptos fundamentales son la dicotomía Bien/Mal y la creencia en la vida como don de dios. Además del campo religioso, este discurso incluye el campo legal que se ha ido modernizando para apropiarse y resignificar los términos del discurso de los derechos humanos y en algunos casos hasta del discurso de género, en interpretaciones *sui generis*. Los conceptos de persona y bien jurídico se mezclan con los de derechos humanos, no de las mujeres sino del producto. También se remite al campo político, en particular en lo que se refiere al papel y las obligaciones del Estado. En un marco de verdades emanadas del dogma, el tipo de Estado al que se apela no es el Estado laico: éste, por el contrario, es blanco de ataques, semejantes a los que se han dado en el pasado en la historia mexicana. Si bien no se explicita, en este marco discursivo el Estado ideal estaría guiado por principios morales de origen religioso y una interpretación del derecho que diera al embrión estatuto de persona.

Argumentos morales: el mal

Como ya se ha constatado en otros estudios que analizan la argumentación discursiva de ambas posiciones³ y la de las propias voces de los obispos en México,⁴ quienes se oponen a la despenalización etiquetan el aborto como un mal. En las audiencias de 2008 se manifestaron en este sentido argumentos con diversas connotaciones que confluyen en este juicio.⁵ Algunos consideran el aborto

³ Véase, entre otros: GIRE, 2000; Castillo y Sánchez Fuentes, 2001; Olivé, 2001; Population Council y Grupo IDM, 2001; Valdés, 2001; Taracena, 2005 y 2009; López Gómez y Abracinskas, 2009; Tarrés, 1993; Ortiz Millán, 2009 y 2010; Amuchástegui, 2005; Gutiérrez Morales, 2011; SCJN, 2008; Cruz Parceroy y Vázquez, 2010; Schiavon *et al.*, 2007; Kane, Galli y Skuster, 2013.

⁴ Véase Aldaz y Mejía (2013).

⁵ Entre paréntesis se incluyen las iniciales del nombre y apellidos de los

incluso el mayor peligro para la paz social e individual, ya que, afirman, no distingue el bien del mal. También hay quienes lo equiparan con los genocidios acaecidos en el siglo XX, o aún peor que éstos:

[...] **la aprobación del aborto en el D.F. ha sido una verdadera promoción y defensa para el aborto clandestino.** [...] El aborto mata vidas humanas pero, sobre todo, destruye y cauteriza la conciencia del hombre y de la sociedad para distinguir el bien del mal. Es lo que históricamente ha alentado los grandes genocidios y abusos contra el hombre. Y aun estos genocidios que nos horrorizan, se quedan cortos con la cantidad de víctimas, la crueldad de los procedimientos y la violencia ejercida a las mujeres y sus hijos [MLDB, 141 y 142-143; negritas en el original].⁶

Como puede notarse, en esta intervención abundan juicios negativos y ambiguos. Se plantea por ejemplo que el aborto mata vidas humanas, y parece referirse también a la vida de las mujeres, cuando en general estos grupos se refieren sólo al embrión. En este caso, además, se desconoce la agencia de la mujer en la decisión de abortar, y se ignoran las consecuencias en su vida y su salud de un aborto inseguro. La insistencia en que se trata de un acto inmoral que destruye y “cauteriza” las conciencias e impacta negativamente a la sociedad, busca cargar de culpa y vergüenza a las mujeres que lo practican y a quienes lo toleran o apoyan.

La mezcla de argumentos legales y morales es común:

El aborto es el mayor destructor de la paz. El primer derecho a ser respetado y protegido es el derecho a la vida de todo individuo hu-

exponentes, cuyos argumentos fueron extraídos textualmente de la transcripción de las audiencias (en ocasiones se eliminaron algunas palabras que no agregan claridad a los mismos). La mayoría de las intervenciones de los conservadores en las audiencias fueron comparadas con las publicadas en el libro de Cevallos Ferriz y Fernández Cueto Gutiérrez (2008), y las correspondientes al grupo a favor de la despenalización en Enríquez y de Anda (2008).

⁶ Es interesante constatar que este mismo argumento fue utilizado por los grupos conservadores de derecha en la Asamblea de Francia, ante el discurso presentado por la ministra de Salud Simone Veil para despenalizar el aborto en ese país. Comparar el aborto con el genocidio resulta sin duda alguna un argumento desmesurado e insensato.

mano, desde el momento de la concepción. Es éste el derecho sin el cual resulta imposible el ejercicio de todos los demás, de ahí su carácter fundamental e inviolable. [...] El aborto provocado introduce la dinámica de la violencia en una de las relaciones interpersonal[es] más íntimas de los seres humanos. En la relación de una madre con un hijo. [...] Sí, el aborto destruye la paz en la vida de la mujer que recurre a él. La arroja en un vórtice de culpa y vergüenza del cual le va a resultar muy complicado salir porque cree que ni siquiera es digna de recibir ayuda [MRGL, 150 y 151].

y puede incluir reflexiones semánticas:

“Interrupción del embarazo” es una expresión absurda e imprecisa. Es una trampa porque el verbo interrumpir se refiere a un parada provisional o a la suspensión de un proceso en marcha que se puede restablecer; expresión que se utiliza para eliminar a un ser humano que comienza a vivir, no pudiendo continuar su vida. “Jurídicamente es un término indeterminado y manipulador” [GELR, 148].

¿De dónde provienen los conceptos de esta argumentación discursiva?

Un elemento clave y prioritario de las argumentaciones en contra del aborto como un mal, un acto inmoral y un crimen, se deriva de un concepto de “vida humana” que se ha intentado formular de manera unívoca desde una perspectiva religiosa. La oposición de la Iglesia católica a toda intervención humana en los procesos de vida parte del principio dogmático de que los hombres y las mujeres no dan vida y por lo tanto no pueden quitarla, ya que son depositarios de la voluntad divina. Esto conlleva la creencia de que el embrión ya es vida humana y se extiende a considerarlo como persona humana y con los mismos derechos de toda persona nacida. En tanto creencia religiosa, se expresa como verdad, como se ejemplifica en el siguiente argumento:

Es evidente que el producto de la concepción es persona y, por ello, resulta inadmisibles que se autorice la privación de su vida hasta la semana doce de gestación por el simple consentimiento de la madre. Para este momento, esta persona ya formó sus órganos principales

como son la cara, los oídos [...]; se puede conocer si es niña o niño. Señores ministros, nadie puede dudar que estamos en presencia de un ser humano que debe gozar de los mismos derechos constitucionales que todos nosotros, que tiene el derecho de vivir [EMM, 75].⁷

Relacionada con este concepto, se plantea una valoración tajante del bien y el mal, “lo bueno” y “lo malo”. En este esquema, no se discute si la penalización acarrea consecuencias negativas o positivas, se plantea en cambio que el aborto es malo y por tanto se justifica la penalización. Parafraseando a Lamas (2014), desde la perspectiva religiosa la línea divisoria entre estos términos es tajante y las prohibiciones u obligaciones no se cuestionan, exigen disciplina y obediencia y no dependen de las circunstancias, intereses, intenciones reales o expresadas y sentidas por las personas, ni de sus consecuencias:

Parece haber consenso en que nadie quiere abortar o desea el aborto, al que se reconoce como un mal (GMC, 166, cursivas en el original).

El aborto no es optar por un mal menor, es optar por un mal intrínseco. (CHC, 229).

En estas intervenciones puede leerse una respuesta, intencional o no, a la consigna feminista de los años setenta de que “el aborto no es un gusto, es el último recurso”, que la descalifica por basarse, sugieren, en la falsa premisa de que el aborto es un bien. Este es un ejemplo de pensamiento dogmático que atribuye al “otro” la misma visión dualista que se tiene. Decir que defender el acceso al aborto legal es promover el aborto, es una falacia, no por común menos evidente.

⁷ Es cuestionable que los testimonios emitidos por los titulares de la CNDH (JLSE) y de la PGR (EMM), cuya responsabilidad es la defensa de los derechos humanos y la impartición equitativa de la justicia, prioricen claramente las creencias de los grupos conservadores y la jerarquía católica y no sustenten los principios de un Estado democrático y laico así como los derechos consagrados en la Constitución Federal y en los tratados internacionales suscritos por el gobierno mexicano. Sustentar enfáticamente que el embrión es una persona humana por tener ciertos órganos o bien afirmar que el sexo del embrión puede comprobarse en estadios tempranos del embarazo no se sustenta en evidencias científicas.

Desde la perspectiva laica, en que se sitúan las feministas, se identifican gradaciones entre lo malo y lo bueno, lo permisible o inaceptable de la elección humana, o sea una gradación de la bondad o la maldad cuya valoración depende en gran medida de la situación concreta en que, por ejemplo, se recurre al aborto. Se tienen en cuenta las construcciones e interpretaciones subjetivas, morales y sociales del acto que prevalecen entre diversos grupos de la población y que guían las acciones y decisiones de acuerdo a la conciencia de las personas. Se distinguen así de los preceptos religiosos que establecen una dicotomía sin medias tintas: si el aborto es “un mal intrínseco” cualquier justificación es producto de manipulaciones ideológicas:

El aborto es una puerta falsa que no soluciona nada. Se convierte en una solución ideológica que se asume buena en tanto que se usa y mala en tanto que no se usa. Y éste no es un buen método para plantear políticas públicas profesionales y exitosas. [...] El derecho al aborto es un falso derecho [...]. La mujer embarazada tiene derecho a mucho más que el aborto. [...] tiene derecho a programas públicos que realmente solucionen su problema y que le den la máxima capacidad de dotar de vida a su niña [AGW, 173 y 174].

Afirmar, como se plantea aquí, que el aborto es un falso derecho y aducir que la mujer tiene el derecho de acceder a programas públicos para resolver sus problemas siempre y cuando continúe con el embarazo no deseado, es contradictorio en términos de derechos. Al negar el derecho al aborto como “falso derecho”, término que se ha vuelto más frecuente en el debate, se elude y niega el derecho a acceder a servicios de salud para recurrir al aborto seguro. Cabe preguntar: ¿es un falso derecho poder recurrir a un aborto seguro en caso de violación?, ¿será también un falso derecho poder usar métodos anticonceptivos? Lo que sí es falso es la salida que se pretende ofrecer: si el problema de la mujer es cómo interrumpir un embarazo no deseado, ¿qué programas le brindan alternativas para resolverlo? De hecho, lo que se plantea es que la mujer no debe, y por tanto no debe poder, interrumpir el embarazo y, por el contrario, debe aceptar su maternidad. Implícitamente se da a entender que la mujer no quiere ser madre (por primera

vez u otra vez) por motivos que pueden superarse con una política pública: ¿asistencia económica?, ¿adopción? Eso queda en el aire pero en los hechos se relaciona con otros planteamientos, también de sustento religioso, que pueden incluir penalizar a las mujeres, sólo autorizar el uso de métodos naturales o bien la abstinencia, promover dar en adopción al hijo o hija no deseado o hasta, de manera más general, orientar los programas educativos a partir de una visión religiosa ortodoxa.

La afirmación absoluta de la vida humana desde la concepción y la también absoluta condena del aborto como un mal conllevan la indistinción entre aborto seguro e inseguro, con importantes consecuencias para el debate, en particular cuando se trata de interpretar evidencias científicas que distinguen entre las adversas consecuencias que provoca un aborto clandestino e inseguro y las ventajas para la salud física y mental de las mujeres de un aborto realizado de manera legal y segura. En los planteamientos de los voceros de esta postura los aparentes juegos de palabras son en realidad variantes de un discurso sin matices, que excluye el contexto y que niega las posiciones contrarias o intermedias como “discurso de muerte”:⁸

[...] el aborto es un procedimiento delicado que siempre pone en peligro la vida de las mujeres, independientemente de que se haga en una clínica clandestina o no [LMH, 112].

Seamos claros. No se quitó pena a una conducta ilícita, que por sí significaría devaluar un bien jurídico; sino que, de manera del todo inopinada, se desreguló una conducta ilícita. En consecuencia, no estamos ante la noción de un pretendido aborto “seguro”, como muchos pretenden hacer ver, sino ante la “instrumentación segura” de la muerte del producto de la concepción [JLSF, 66].

⁸ La descalificación de la defensa del derecho a decidir como “discurso de muerte” se deriva de la afirmación de que el aborto es un asesinato; así, se convierte a las mujeres en “asesinas” y a quienes apoyan sus derechos en voceros de “la muerte”, discurso polarizador que bien puede calificarse de amarillista por el impacto emocional negativo que busca. No permitir el aborto legal ante la pérdida de vida o riesgos a la salud de la mujer es lo que implica un discurso o “cultura de la muerte”.

Como puede notarse, cuando se usa, la distinción entre tipos de aborto sólo se descalifica en un juego de palabras que refuerza la polarización. Así, se ignoran los estudios que han mostrado que la despenalización conduce a una fuerte disminución de abortos clandestinos, y permite evitar los elevados riesgos de abortos inseguros en la salud física y mental de la mujer. Se ignora también que la penalización, aunada a los obstáculos y los estigmas que de ella se derivan, conduce, en cambio, a un aumento de abortos inseguros, clandestinos.

¿Qué implicaciones tiene un discurso que condena a la mujer que aborta como agente del mal? ¿Qué implica obligarla a continuar un embarazo cuando el feto no es viable o cuando ha sido violada? Desde una perspectiva laica o desde los derechos de las mujeres, esto es desproporcionado. ¿Imponer la penalización total del aborto soluciona el problema de la mujer o lo agrava? ¿Qué beneficio social atribuyen a la penalización quienes la postulan y defienden?

Es evidente que este discurso moral que justifica la penalización busca impedir, o al menos dificultar, que las mujeres con un embarazo no deseado actúen de acuerdo a su conciencia. En efecto, sustentar que el aborto es un delito o un crimen de las mujeres que desean interrumpir su embarazo pretende imponerles una carga moral y un estigma ante la sociedad, los profesionales de la salud, los jueces y otros actores sociales claves. Este tipo de juicios valorativos con una fuerte carga negativa y estigmatizadora afecta sobre todo a las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad y las empuja a recurrir a procedimientos riesgosos e inseguros ante un embarazo no deseado.

Como comenta Amuchástegui (2005), la estrategia discursiva de estos grupos pone énfasis en sentimientos de culpa, temores, amenazas, que han penetrado en distintos grados en las conciencias de las mujeres, como muestran las percepciones, opiniones y valoraciones documentadas en encuestas de opinión y en estudios acerca de las experiencias de las mujeres que han recurrido al aborto. Sin embargo, no eliminan la práctica clandestina (o legal cuando existe) del aborto ante un embarazo no deseado. Es significativo que el mismo Papa Francisco haya planteado que la posición de la Iglesia ya se conoce por lo que ésta no debe insistir constantemente en temas como el aborto, ya que no es tan esencial

como “el anuncio misionero” (Spadaro, 2013),⁹ es decir que la Iglesia no debe dedicarse a atemorizar a sus fieles.¹⁰

Apropiación y resignificación del discurso de los derechos humanos

Entre los argumentos discursivos de los ponentes conservadores también destacan conceptos jurídicos y de derechos humanos, registro que tienden a usar cada vez más estos grupos que así se apropian de un discurso común a otro tipo de actores, como ONG y grupos progresistas, organismos internacionales y, junto con el discurso de género, feministas y defensoras de derechos de las mujeres.

Como sigue sucediendo, en 2008 varios defensores de la inconstitucionalidad de la reforma de 2007 arguyeron que la despenalización del aborto violaba los principios de “no discriminación” y el “derecho a la igualdad” consagrados en la Constitución Política mexicana, en tres sentidos: en primer término, plantearon que otorgarle el derecho a la vida al embrión después de las 12 semanas y negárselo antes de ese periodo conllevaba discriminación y violaba así el derecho constitucional a la igualdad.

[...] resulta inconstitucional privar al concebido de menos de 12 semanas de la protección penal de su derecho a la vida, pues viola la garantía de igualdad sin razón jurídica alguna, puesto que su derecho a la vida es igual al del concebido mayor de 12 semanas, ya que la Constitución no hace esa distinción [JIS-M, 176].

[...] quien priva de la vida a un ser humano, esto es a un gobernado, debe ser sancionado, pues de lo contrario no se le reconocería protección alguna, como sí se le reconoce en cambio al ser humano que

⁹ En la entrevista que le hiciera Spadaro, el Papa Francisco también dijo que el confesionario no debe ser “cámara de tortura”. No obstante, unos meses después, tal vez por presiones de la Curia, declaró que el aborto es una práctica “horrorosa”, que forma parte de la “cultura del desecho” que “amenaza la paz mundial” (*El Universal*, 2014).

¹⁰ Quizá por ello haya refrendado la oposición del Vaticano al aborto en una encíclica dedicada a la preservación del medio ambiente (Papa Francisco, 2015a).

tiene más de doce semanas de gestación. En tal virtud, las normas impugnadas son discriminatorias, pues distinguen entre seres humanos hasta las doce semanas de gestación y seres humanos de mayor edad, a quienes sí se les protege por la ley penal [VMMR, 101].

Como ya se ha mencionado, el argumento que atribuye vida humana al óvulo fecundado y al embrión, aun antes de que su sistema nervioso esté formado, corresponde a un concepto de fundamento religioso, que los avances de la ciencia y la tecnología han puesto en cuestión hace tiempo.

En términos jurídicos, el carácter de persona del embrión tampoco es evidente y puede considerarse infundado ya que ni la Constitución mexicana ni los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos de los cuales México es parte reconocen “el derecho a la vida como un derecho absoluto, ni exige[n] un momento específico para el inicio de la protección de ese derecho” (SCJN, 2008a: 173).

No obstante, la afirmación de la “vida” “desde el inicio” y del estatus de “persona” del embrión tiene por consecuencia el rechazo absoluto del aborto. En efecto, si el embrión es una persona desde el momento de la concepción o de la fecundación, la permisibilidad legal para interrumpir un embarazo no puede sustentarse en la temporalidad de la gestación ni en el desarrollo de los atributos del embrión: la “vida humana” (equiparada con “persona”) ha de protegerse desde su inicio, hasta el final (“la muerte natural”), lo que explica también la oposición religiosa a la eutanasia, otro tema controvertido que merece más atención de la que le daremos aquí. Esta posición pasa por alto a la vez lo complejo que es determinar el inicio de la implantación del embrión en el endometrio en un momento o fecha precisa, y lo moderado que es el plazo de 12 semanas, fijado en la reforma, en cuanto otorga mayor certidumbre y seguridad médica que plazos más amplios.

Un segundo aspecto del argumento contra la discriminación alude a la igualdad de género. En particular, instituciones como la CNDH y la PGR esgrimieron los derechos del padre para justificar sus planteamientos. Otros participantes se expresaron en el mismo sentido argumentando que la reforma del D.F., violaba la garantía de igualdad respecto al derecho y responsabilidad del padre:

El aborto desconoce al padre en sus derechos y responsabilidades; esconde también el incesto, la violación y el abuso. El aborto lleva a la mujer a padecer sola y en silencio las consecuencias físicas y emocionales. Borra la evidencia visible de la maternidad [MCAL, 131].

Como se deriva de esta afirmación, la defensa de los derechos y la alusión a las responsabilidades del padre elude la distinción entre embarazo no deseado y embarazo impuesto por violación, incesto o abuso. A la vez, se invisibiliza la violencia contra la mujer en estos casos —como si sólo se tratara de encubrir “pecados sexuales”—, y se equiparan los deberes y responsabilidades de todo padre biológico, sea o no violador o abusador. Lo que “borra la evidencia” en este sentido no es el aborto, como sugiere esta intervención, sino el planteamiento en que se inscribe esta idea.

Más allá del debate que puede darse en torno a esta afirmación, de nuevo, lo que en última instancia está en juego aquí es la valoración absoluta de la “vida humana” que pasa por alto toda contextualización y resta importancia a la violencia contra las mujeres. Lo novedoso, en relación con los argumentos anteriores, es que aquí se inserta al padre biológico como actor con derechos, independientemente de la “bondad” o “maldad” de su acto: es decir que la reproducción se valora como un bien, cualquiera que sea su origen, pero además se reproduce la desigualdad de la familia patriarcal, que otorgaría al hombre la decisión última.

Desde una perspectiva de derechos humanos y no discriminación, es evidente que en este planteamiento, recurrente en 2008, se ignora que, según el artículo 4º constitucional, el hombre y la mujer son iguales ante la ley y la decisión del número y espaciamiento de los hijos es una decisión legal que compete igualmente a las mujeres. Sostener que se discrimina o se viola la igualdad en el caso del padre, incluso —implícitamente— si es un violador, implica desconocer las condiciones de vida de millones de mujeres, en particular las de menores recursos, desconocer la afectación asimétrica en la vida de las mujeres y justificar las condiciones de sometimiento de éstas ante los hombres, lo cual contraviene no sólo el principio de igualdad sino también las convenciones internacionales acerca de la violencia contra las mujeres.

De manera clara, el texto del engrose de la sentencia de constitucionalidad de la SCJN (2008a) desechó este argumento al que consideró como una generalización sin ningún sustento ante el incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades de los padres potenciales hacia la mujer que han embarazado con o sin su consentimiento, padres que también con frecuencia han abandonado su responsabilidad ante sus hijos.

Si hubiera que añadir otros argumentos para rebatir la defensa de los “derechos” de padres biológicos cabría señalar que la voluntad o deseos del varón no pueden imponerse a la mujer ya que ella es quien vive el embarazo y quien arriesga su vida, su salud y su proyecto de vida. Cabe mencionar también encuestas y entrevistas en profundidad que destacan la frecuente irresponsabilidad del varón o del padre ante un embarazo, la frecuente actitud de delegar la responsabilidad y decisión de recurrir al aborto a su compañera o cónyuge, así como la indiferencia respecto de la mujer que han violado (Guillaume y Lerner, 2007; Guevara Ruiseñor, 2005). Podrían mencionarse también evidencias que muestran el elevado número de madres solteras, abandonadas, separadas, que hay en México, quienes actúan como únicas responsables de la crianza, mantenimiento y educación de sus hijos.¹¹

Una tercera cuestión y, sin duda, un argumento central reiterado y enfatizado por el grupo conservador, afirma una supuesta independencia del embrión respecto del cuerpo de la mujer, que se deriva de la atribución a aquél del estatus de persona. Se trata, de nuevo, de un recurso discursivo cuya lógica racional se fundamenta en preceptos religiosos. Como expusimos en capítulos anteriores, se le atribuye alma, y por tanto persona y autonomía, al cigoto o embrión desde el momento de la fecundación o concepción. A este postulado subyace, como señalan los conservadores en sus argumentos, la idea de que la maternidad no se elige, debe aceptarse: la mujer por definición está destinada a ser madre, y por tanto, si ya está embarazada no puede negarse a la maternidad. De ahí la justificación de la imposición de la maternidad, sea cual sea el deseo o voluntad de la mujer:

¹¹ Según el INEGI, se estima en 5.3 millones el número de madres solteras separadas o divorciadas que viven con sus hijos (Salmerón, 2015).

La mujer sabe que lo que ha concebido no es parte de su cuerpo, y tan lo sabe, que éste es precisamente el motivo que le provoca angustia: la certeza de que el hijo que ha engendrado tendrá que salir del útero vivo y llorando a los nueve meses de gestación, o ser extraído a pedazos si decide *interrumpir* el embarazo antes de tiempo. [...] Es cierto que la mujer debe gozar de autonomía y libertad cuando se trata de elegir, ser o no ser madre. [...] Pero una vez iniciado el embarazo, la maternidad no es elección sino consecuencia, resultado de un proceso biológico natural [...]. La mujer embarazada ya es madre independientemente del deseo de haber o no concebido [PFC, 219, cursivas en el original].

Este tipo de planteamientos ignoran la autonomía reproductiva de las mujeres, consagrada en el artículo 4º de la Constitución y en convenciones internacionales, así como el derecho de toda persona a disponer libremente de su cuerpo (SCJN, 2008a), principio defendido por los grupos a favor de la despenalización del aborto. También ignoran que la maternidad no es un mero hecho biológico y que hasta el lenguaje popular distingue entre la posibilidad de ser madre (la mujer embarazada “va a ser madre” cuando haya dado a luz) y el serlo de hecho (la mujer que ha dado a luz “es madre”). Estas omisiones van de la mano con la que supone la indistinción entre cigoto, embrión y feto y, en conjunto, permiten construir un argumento circular que siempre vuelve a la primacía del “no nacido” o “por nacer”.

Al argumento legal o a la interpretación que dan estos grupos al concepto de persona, se añaden deducciones que parecen lógicas desde la perspectiva de la supuesta independencia del embrión pero que son cuestionables desde el punto de vista científico:

El hecho de que su hijo se encuentre dentro de su vientre no le otorga el derecho a disponer de él, pues no se trata de su cuerpo, sino de un ser humano genéticamente distinto a ella. La existencia de un ADN diferenciado lleva a concluir que se trata de dos seres distintos, sin que el segundo pueda legítimamente disponer del otro [JLSF, 72].

La madre es necesaria como la cápsula espacial para los astronautas, pero la cápsula no desarrolla la vida de los astronautas, sino que sólo

aporta un medio adecuado para que se pueda desarrollar la capacidad de vida que tienen los astronautas. El embrión está bajo la protección de la madre [MTM, 188; la cita aparece como nota a pie de página].

Como puede notarse aquí, la interpretación de la función del cuerpo de la madre como mero recipiente cosifica a la mujer. Además, se ignoran intencionalmente o se malinterpretan, entre otros, los aportes de la neurobiología que muestra que, mientras el producto de la gestación no alcance la viabilidad fuera del útero materno, depende por completo del aporte nutricional y hormonal de la madre (Tapia, 2010, citado por Piekarewicz Sigal, 2015).

En estos argumentos es evidente la valoración idealizada de la maternidad y la estigmatización de la mujer que no desea convertirse en madre. Ella sólo cumpliría la función de incubadora: sus derechos se niegan frente a los de la “vida humana” que porta. Esta cosificación de la mujer permite borrar, por así decirlo, las circunstancias del embarazo que, en particular en el caso de la violación, de peligro para la salud de la madre o de riesgo de malformación del producto, suelen tenerse en cuenta por lo menos para la autorización del aborto terapéutico. Se elimina así también la posibilidad de valorar los derechos de la madre, los riesgos para su salud mental y física, y se pasa por alto en un sentido el hecho de que el embarazo es un proceso de varios meses, no un salto de la concepción al alumbramiento; es decir, para la mujer, una experiencia de vida que en sí puede ser traumática.

La atribución de la calidad de persona al embrión, la prioridad a los derechos de éste y del padre biológico, conllevan en la lógica de este discurso la negación o minimización de los derechos de las mujeres. Asimismo, suponen la negación o interpretación de estudios médicos que afirman la dependencia del feto en relación con la madre.

Estos argumentos tienden también a negar la experiencia de las mujeres. Indudablemente la decisión de la mujer de recurrir al aborto ante un embarazo inesperado y no deseado le produce angustia. Recordemos que el embarazo no es un acto que la mujer vive en un solo momento, sino que es un proceso de varios meses durante el cual es imprescindible reconocer las circunstancias particulares de su vida que la llevan a decidir interrumpir su em-

barazo no deseado, ya sea porque es producto de una violación, por los conflictos en el seno de la pareja, por haber sido abandonada por su compañero, por las dificultades para el mantenimiento y crianza de un potencial futuro hijo, por la necesidad de abandonar sus estudios o su trabajo, o porque es resultado de las fallas y los olvidos en el uso de métodos anticonceptivos o de la ausencia de una cultura preventiva, que agudizan la inevitable incertidumbre respecto de la prevención del embarazo.

Al quedar estigmatizada y bajo riesgo de ser penalizada, en el marco del discurso conservador, acompañado a menudo de manifestaciones con símbolos religiosos y de imágenes escabrosas que distorsionan el proceso de gestación y el aborto, se impone a las mujeres una fuerte carga emocional negativa al asociar la interrupción del embarazo con el crimen, la culpa, el pecado y la amenaza de excomuniación. Esta asociación del aborto con mayor culpa y estigmatización tiene en muchos casos efectos negativos, pero de hecho, desde la base, contraviene evidencias empíricas de estudios de corte cualitativo que muestran que si bien la decisión de interrumpir su embarazo es un proceso que les puede causar angustia, una vez realizado deja en las mujeres un sentimiento de serenidad y sosiego, sobre todo si dicho embarazo fue producto de una violación, como expondremos en el capítulo 8.

La responsabilidad del Estado como protector de la vida

A la par de los argumentos morales, legales, seudocientíficos y de derechos humanos, el discurso conservador recurre a un discurso jurídico-político relativo a las responsabilidades del Estado. En 2008 el gobierno del D.F. fue particular objeto de crítica por haber aceptado despenalizar el aborto. Para quienes promovieron o apoyaron la ILE, el Estado estaba cumpliendo con su responsabilidad y obligación en tanto garante de los derechos de las mujeres, y proporcionándoles el debido y efectivo acceso a servicios de información y de salud para asegurarles condiciones para una vida digna para ellas y sus hijos. En cambio, para los grupos conservadores el gobierno estaba violando lo que consideraban un mandato constitucional de garantizar “el derecho a la vida del embrión

en tanto potencial ser humano”, y era incluso, en este discurso, copartícipe de un acto homicida. Siguiendo con la lógica que hemos expuesto, planteaban que el gobierno debía apoyar a las mujeres en situaciones vulnerables para que continuaran con el embarazo (no deseado) y así proteger, por encima de todo, la vida humana del embrión:

[...] la promoción del aborto como un supuesto “derecho sexual reproductivo de la mujer” representa una carga permanente y paternalista para el Estado, con respecto a que no sólo no castiga una conducta sino que también el Estado “cobija” y es copartícipe en el incumplimiento de las partes para evitar llegar al planteamiento de abortar. En este sentido, un Estado que no penaliza el aborto posibilita a su vez derechos que no conllevan obligaciones manifiestas, no sólo para la madre sino también para el padre [HJLS, 231-232].

En el caso de la despenalización del aborto, se trata de una abdicación de la función del estado más que de una tolerancia, porque en este aspecto, el estado pierde su razón de ser: la defensa de cada uno de los individuos y del bien común [CHC, 228-229].

El aborto es la salida fácil, la manera más sencilla y barata que tiene el gobierno para evadir su responsabilidad, ignorando los problemas de fondo que permanecen ocultos en la clandestinidad. El aborto elimina el efecto pero no sus causas [PFC, 220; cursivas en el original].

Como puede notarse, a los argumentos ya conocidos, se añaden aquí supuestos acerca del papel del Estado visto como garante y defensor de los derechos del embrión y del padre, que vale la pena explicitar. Por un lado, el Estado o el gobierno (varían los términos) tendría la obligación no sólo de prohibir el aborto para proteger la vida del embrión, sino también de castigar a quienes infrinjan dicha prohibición. Esto supone que el aborto es un crimen y que el Estado comparte esta visión. Estas afirmaciones no siempre tienen en cuenta causales favorables al aborto terapéutico que existen en la mayoría de los códigos penales del país, y parecen de hecho excluirlas. A la vez, retomando el supuesto de que el problema de la mujer no es la maternidad en sí, se alude en estos planteamientos

a “soluciones” alternativas, que atacarían otro tipo de problemas que podrían ser de orden económico por ejemplo; de ahí la referencia a la despenalización como “soluciones fáciles y baratas”. Esto fortalece la idea de que la maternidad es un “bien” en sí y el aborto es un “mal” mayor, a lo que se añade el concepto de que la vida del producto es un “bien común”, concepto más cercano a regímenes fascistas o con política natalista que a una democracia.

A estos planteamientos se añaden consideraciones constitucionales y de “política social” que se interpretan en el mismo sentido:

La legalización del aborto en el Distrito Federal contradice (el artículo 4º de la Constitución), ya que al privar del derecho a la vida un individuo humano, independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre, se le priva del respeto a su dignidad, a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación. Se está privando a un inocente de todo aquello a lo que constitucionalmente tiene derecho y se está cometiendo en su contra un crimen mayor que el de condenarlo a la pena de muerte. [...] En el caso de la legalización del aborto, al embrión, que es un individuo humano inocente se le niega todo eso y el Estado simplemente lo priva de la vida. El Estado, en vez de otorgar facilidades, es decir, ayuda y apoyo a la mujer embarazada que se encuentra en situación de vulnerabilidad para coadyuvar al cumplimiento de los derechos de su hijo, se convierte en homicida [MRGL, 152].

La despenalización del aborto tal como fue aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, no es la solución de un problema sino el comienzo de otros. ¡He aquí la primera falacia!, presentar el aborto como un asunto exclusivamente de salud pública, sin considerar la problemática social de ignorancia, violencia, injusticia social, abuso sexual o abandono que las mujeres enfrentan dentro de su contexto sociocultural [PFC, 220].

Llama la atención que para fortalecer la crítica a una reforma que implicaba una preocupación por la salud pública, se argumente, esta vez sí, desde la experiencia de las mujeres, que en otras instancias se pasa por alto. Las referencias a la violencia, la injusticia y la ignorancia, sin embargo, no se plantean como argumentos

para justificar el aborto sino sólo como problemas que pueden solucionarse, podemos suponer, con una política pública asistencial, como sería apoyar a las mujeres durante el embarazo y, como algunos plantearon, promover que den en adopción a los nacidos. Este tipo de propuestas aparecen en documentos electorales del PAN, como estrategia a favor de las mujeres, y son las que favorecen asociaciones dedicadas a promover la adopción, como Vifac. Si bien facilitar las adopciones puede ser benéfico para algunas mujeres, en modo alguno es una solución viable para todas, ni para una mayoría. Además deja de lado nuevamente la autonomía de las mujeres y lo que significa sobrellevar un embarazo no deseado e impuesto.

La debilidad de estos argumentos, en particular los jurídicos, fue demostrada en el análisis de los artículos constitucionales impugnados por este grupo, por parte de los ministros de la SCJN (2008a), quienes señalaron la interpretación errónea del mandato constitucional y de los tratados internacionales signados por México acerca del “derecho a la vida”, así como la ausencia de obligación alguna para el Estado de imponer leyes que penalicen la interrupción del embarazo. Por otra parte, tampoco hay evidencia empírica que permita afirmar que la amenaza penal es la solución para erradicar la práctica clandestina del aborto. Por el contrario, como señala Ortiz Millán (2009), la ley que penaliza el aborto castiga a las mujeres porque no tuvieron la oportunidad, ni las condiciones para tener acceso a métodos anticonceptivos, ni para tener relaciones sexuales seguras y responsables. Es decir, se les penaliza por sus condiciones de exclusión y marginación, por la falta de oportunidades educativas, y en general de mejores oportunidades en su vida personal y familiar. Desde esta perspectiva cabría preguntar: ¿Qué tipo de relación se asume entre política social y prohibición del aborto? ¿De qué manera se supone que un embarazo impuesto contribuye al bienestar de las mujeres? Y, retomando a Ortiz Millán, ¿quiénes son las mujeres que han sido penalizadas en los estados donde se han aprobado leyes para “proteger la vida desde la concepción”?

Por último, cabe señalar que la apreciación de este grupo acerca del significado del concepto de salud sexual y reproductiva es erróneo ya que lo equiparan con el de PF. Como mostraremos en

el siguiente capítulo, en la mayoría de los países occidentales, así como en América Latina y en México, el programa de PF es sólo uno de los componentes de los programas de salud sexual y reproductiva; el aborto legal y seguro y el derecho a éste forman también parte de éstos, pero en modo alguno se plantea el aborto como un método anticonceptivo.

Con esta reforma, el Gobierno del Distrito Federal utiliza al aborto como un método de planificación familiar, siendo que México suscribió dos Declaraciones en Conferencias Internacionales en las que se compromete a no promover en ningún caso al aborto como método de planificación de la familia. Además, contraría la Ley General de Salud al introducir el concepto de “Salud Sexual y Reproductiva”, asimilándolo al de Planificación Familiar, para que de esta manera se pueda incluir al aborto como método anticonceptivo. [...] Esta reforma a la Ley de Salud del D.F. atenta contra el artículo 4º de la Constitución al pretender incluir el aborto como un derecho de planificación familiar [PBR, 199 y 200].

[...] despenalizar el aborto, es justificar tácitamente el fracaso del programa de educación sexual y de la anticoncepción [MTM, 185].

Contra lo que se afirma sin fundamento en estas intervenciones, el aborto no se considera como un método anticonceptivo. Esta falsa atribución al gobierno del D.F. y a quienes apoyaban la reforma de 2007 se inserta en la lógica del tradicional discurso conservador, y las acciones de los gobiernos panistas y otros en el periodo 2000-2012, demostrando su clara oposición a los métodos anticonceptivos científicamente probados, así como un rechazo de la educación sexual laica y científica; argumentos vinculados a su visión de la reproducción como elemento fundamental de la familia. Al respecto es importante tener presentes las acciones emprendidas por los grupos conservadores y de la jerarquía católica para oponerse y obstaculizar el acceso de las mujeres, y sobre todo de las adolescentes, a los métodos anticonceptivos modernos, que constituyen el principal procedimiento para prevenir un embarazo no deseado. Cabe recordar asimismo que se han opuesto a la impartición de una educación sexual y reproductiva científica a niños,

niñas y adolescentes en las escuelas públicas, y que las limitaciones de acceso a la anticoncepción y la proliferación de libros con programas de educación sexual sin bases científicas se dan en un contexto de severa penalización y criminalización del aborto.

En este sentido, cabría preguntar si los programas a los que los conservadores considerarían “un fracaso” serían los que promueven una educación sexual laica y métodos anticonceptivos probados, o si incluyen en ellos las campañas a favor de la abstinencia¹² y de los llamados “métodos naturales”. Sea como fuere, es significativa la inclusión de este campo discursivo relativo a la salud y a las políticas públicas como parte de los argumentos en contra de la despenalización del aborto, tema que abordan quienes la favorecen y que analizaremos en los siguientes capítulos.

LA ARGUMENTACIÓN DISCURSIVA A FAVOR DE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

Para los grupos que mantienen una posición liberal o liberal-moderada, el significado que subyace en el concepto de aborto y su despenalización se inscribe en un espacio discursivo que no está regido por principios religiosos ni de la moral conservadora sino por cuestiones éticas y una interpretación del derecho y de los derechos humanos de las mujeres en el marco de la laicidad. Esto conlleva consideraciones relativas a los derechos sociales (salud, educación) y al acceso a la justicia y a un concepto del Estado como garante de los derechos de las mujeres en términos de igualdad y no discriminación. Como expondremos a continuación, el debate no se da en vías paralelas con posiciones contrastantes punto por punto, aunque sí hay contrastes directos en el acercamiento al concepto de “vida”, y en particular en cuanto al concepto del papel de la mujer y sus derechos y de la maternidad.

¹² La promoción de la abstinencia es recurrente por parte de los conservadores y no tiene ninguna efectividad. En mayo de 2015 un juez del estado de California en Estados Unidos determinó que promover sólo la abstinencia no es una forma de educación sexual, y afirmó que “la juventud necesita información sobre salud completa y exacta como lo exige la ley” (Egelko, 2015).

Desde la ética: ni bien ni mal

Quienes apoyaron la despenalización del aborto rebatieron de manera directa o indirecta el argumento según el cual el aborto es un “mal” en sí en cuanto implica un homicidio. Contra los argumentos religiosos y las afirmaciones de una “verdad” absoluta, esgrimieron argumentos de tipo ético, científico, y ubicaron la valoración de la interrupción del embarazo en un contexto histórico, social y personal:

[...] la cuestión del aborto tiene dos dimensiones. Una moral y otra social. Social, sobre todo de carácter médico e higiénico, de salubridad. Las razones morales son de carácter individual y varían tanto como las morales e, incluso, tanto como las propias personas y de acuerdo a las propias convicciones. Pero otra es la situación en el nivel de la ley jurídica y en la responsabilidad que el Estado tiene frente a este hecho concreto. La ley trata de unificar criterios, de valer para todos, y en este sentido está lejos de poder expresar la pluralidad. Pero lo más grave es la tendencia a imponer una de las posiciones morales como correspondiente a la ley y que por tanto esta posición moral, singular, avasalle, excluyendo o condenando y penalizando las otras posturas morales y pasando por encima del respeto a la diversidad. Pero despenalizar no implica en este sentido imponer entonces la validez del aborto y penalizar, por ende, a quienes no aborten. El problema no está en discernir si el aborto es bueno o malo. Aquí no hay disenso. Nadie lo propone como un bien en sí. [...] El aborto es malo. Pero hay muchas razones para considerarlo un mal menor frente a otras alternativas. [...] El aborto no acontece en abstracto y una ética racional no puede valorar los hechos independientemente de la situación, del contexto histórico cultural en que tal hecho ocurre [JGV, 67-68].

Como puede notarse, aquí se descarta la validez de discutir si el aborto es bueno o malo: desde la perspectiva laica, liberal o progresista, no se está a favor del aborto *per se*, ni se pretende imponerlo como única salida (falsa acusación a la que se refiere la mención del absurdo de penalizar a quienes no aborten), sino que se está en contra de la penalización de las mujeres. Se insiste en

que la decisión acerca de abortar o no involucra interpretaciones subjetivas de cada quien, en función de sus convicciones y creencias y de su situación socioeconómica y emocional, y en que en el marco de la laicidad no se deben imponer principios morales o religiosos, lo que, cabe agregar, deberían recordar quienes desde la religión hablan de la libertad de conciencia. En cambio, sí deben tener en cuenta estos otros factores y posturas diversos en el momento de valorar el aborto y de legislar:

Nadie considera que abortar sea bueno, todos estamos de acuerdo en que lo ideal sería prevenir embarazos no deseados, pero la realidad no cambia por decreto y el legislador tiene que legislar para un mundo real [JACP, 49-50].

Está claro que, como señala acertadamente Villoro (2001), lo que debe estar en litigio no es si el aborto es bueno o malo, sino si el poder estatal debe penalizarlo o no, si debe ser o no un derecho de las mujeres; más aún, cabe añadir, si la ley ha de servir para imponer ideales particulares o creencias religiosas o si, como se señala en la intervención citada, ha de legislarse para resolver o regular realidades humanas. Este eje de reflexión se inscribe en un contexto de laicidad y de reconocimiento de los derechos de las mujeres, lo que implica serias divergencias en cuanto al concepto de vida, maternidad y, desde luego, las funciones de la ley y del Estado.

*La vida y el bienestar de las mujeres en el marco
de una república laica*

Aunque desde mediados del siglo XIX las Leyes de Reforma establecieron la separación de la Iglesia y del Estado, refrendada en la Constitución de 1917, periódicamente resurgen en el país debates en que, por un lado, se defienden preceptos religiosos que incluso se pretenden implantar como líneas rectoras de decisiones políticas, y, por otro, se reafirma el carácter laico del Estado como condición necesaria para la convivencia pacífica en la diversidad. En los debates en torno al derecho a decidir de las mujeres acerca de su

maternidad, y en general respecto de su cuerpo y sus derechos, así como en torno a la diversidad sexual, suelen reaparecer, como hemos visto, argumentos de tipo religioso y moral de los que se derivan afirmaciones condenatorias de prácticas y conductas que contravengan las interpretaciones de la jerarquía religiosa, principalmente católica. De ahí que los argumentos a favor del derecho a decidir sobre la maternidad o las preferencias sexuales en un marco de igualdad reivindiquen la laicidad. Este marco ideológico y legal conlleva también argumentos de tipo científico, como ámbito de conocimiento y discursivo que se contrapone al dogma religioso, según se evidencia clara y rotundamente en la siguiente intervención:

No es posible comenzar a debatir, deliberar o dialogar sobre temas controvertidos en el campo de la bioética, como es el del aborto, si no se aceptan normativamente los valores de científicidad, laicidad y pluralismo democrático. [...] la laicidad [...] constituye el terreno común desde el cual podemos deliberar sobre temas como el aborto. Los enunciados de fe, las verdades reveladas, las premisas que no puedan someterse a un análisis empírico-racional no parecen los candidatos idóneos, no sólo para una discusión seria sobre el aborto, sino para cualquier razonabilidad posible en las actividades de los tres poderes del Estado [RV, 77 y 78].

La laicidad, en efecto, permite el diálogo entre posturas distintas en cuanto no privilegia la autoridad religiosa ni impone creencias religiosas. El diálogo en términos científicos es lo que permite comprender y explicar, proceso ajeno a la exigencia de fe y obediencia que se impone desde el dogma. Al rechazar las verdades absolutas, desde la bioética se cuestiona el concepto de “vida humana” y sobre todo de “ser humano” o “persona”, desde la concepción. Se cuestiona también la defensa de la vida en abstracto y la condena del aborto en cualquier caso.

Mucho peor que el aborto es [...] la manera de abortar, las condiciones de riesgo en que se lleva a cabo [...]. Pero también dentro de cada contexto situacional concreto, la no interrupción del embarazo puede resultar objetivamente un mal mayor [...]. Para el ser humano, desde

una perspectiva estrictamente humanista laica, no basta la vida, sino la cualidad y la calidad de la vida. [...] Despenalizar el aborto, dentro de las restricciones temporales adecuadas, no implica pues estar a favor de la destrucción de la vida, sino todo lo contrario. Es estar a favor de la vida, de la vida humana. A favor de la libertad y de los derechos humanos de toda mujer [JGV, 71 y 72].

Al remitir el concepto de vida humana no a la del producto de la concepción sino a la de la mujer, se reconoce a aquélla como ser humano nacido, sujeto de derechos, y en este caso se reafirman los derechos de las mujeres y la necesidad de tener en cuenta las condiciones en que se decide y se practica el aborto. En otros casos, se plantea la necesidad de ponderar los derechos de las mujeres *versus* los del feto (no necesariamente los del embrión), ante la necesidad o decisión de interrumpir el embarazo. Si ésta puede ser un “mal menor”, es consistente por tanto aminorar los riesgos que conlleva. Los términos de la discusión se modifican de tal manera que se plantea que la despenalización, dentro de cierta temporalidad, se justifica como un medio de reducir el riesgo para la salud y la vida de las mujeres. Así se plantea también en otra intervención:

La ley que penaliza el aborto en todo momento no es idónea para proteger la vida del producto de la concepción, es *razonable* que el legislador la haya considerado ineficaz, que haya considerado que la penalización impide que las mujeres se puedan practicar abortos seguros, que promueve la clandestinidad de la práctica, que pone en grave riesgo la vida y salud de la mujer, causando muchas muertes [JACP, 53, cursivas en el original].

La valoración de la calidad de vida de las mujeres que se manifiesta en ésta y otras intervenciones conlleva también un concepto de justicia: el sentido de la ley no es implantar principios morales sino regular conductas, garantizar condiciones de igualdad y de justicia:

El delito es una conducta antijurídica. El aborto no es antijurídico y, en consecuencia, debe salir de los códigos penales. [...] tipificar el aborto [como delito] tiene dos graves consecuencias negativas. En

primer lugar, cierra las puertas del sistema de salud pública a las mujeres más pobres, a las más humildes, y les deja como única alternativa los abortos clandestinos, que son grandes asesinos de mujeres. En segundo lugar, colocar en nuestros códigos una norma que no se aplica, manda un mensaje equivocado. Le dice a la sociedad que la ley penal no es, necesaria y únicamente, una norma coactiva de aplicación forzosa, sino que también puede ser el lugar adecuado para ubicar nuestras ideas preferidas o nuestros contrapuestos sistemas de valores [JZP, 113 y 114].

El cuestionamiento de la prohibición del aborto, como puede notarse, se da en dos niveles: desde una perspectiva de justicia social y desde una perspectiva jurídica. En el primer caso se advierten las consecuencias de la penalización del aborto como un factor coercitivo que no resuelve el problema social y personal sino, por el contrario, lo agrava. En el segundo nivel, se advierte contra la distorsión del sentido de la ley, en particular de la ley penal, cuyo uso excesivo o arbitrario se ha cuestionado desde la criminología crítica. Cabe preguntar, en efecto, ¿por qué se pretende recurrir a la prohibición cuando sus efectos son negativos y agravan problemas sociales? Y más aún, ¿por qué se abre así la puerta no sólo a mayores problemas de salud sino también a sanciones penales que agudizan la desigualdad de las mujeres? ¿A qué concepto de justicia se apela en estos casos?

La implicación principal de los argumentos que se basan en la reivindicación de la laicidad y en la interpretación del derecho en un contexto democrático, es el reconocimiento de la igualdad sustantiva y de la no discriminación como principios de justicia, y de justicia social. En este sentido, lo que se valora es la vida y los derechos de las mujeres sin que esto implique, cabe subrayarlo, que se acepte o se abogue por la despenalización del aborto en cualquier circunstancia.

Ya inscritos en el marco de la laicidad y del derecho positivo, se dan otros argumentos que se derivan del marco internacional de derechos humanos, del artículo 4° constitucional y otras normas.

*Laicidad: derechos sexuales y reproductivos
como derechos humanos*

Para el grupo liberal, el aborto voluntario es un asunto en el que debe prevalecer el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y el respeto a su autonomía sexual y reproductiva. La libertad de procreación es un derecho tanto del hombre como de la mujer; implica una decisión libre, responsable e informada. Además, ante un conflicto en el seno de la pareja o de la familia, la decisión de interrumpir un embarazo compete única y exclusivamente a la mujer, sin la intervención de otros actores sociales.

La afirmación de la libertad de elegir o no la maternidad implica el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos y tiene implicaciones significativas en cuanto al concepto de maternidad y al papel de la mujer en la sociedad:

El reconocimiento constitucional del derecho a la libertad reproductiva determina que la procreación no sólo debe ser tratada como un proceso biológico, sino que preponderantemente debe ser regulada como un acto de conciencia y voluntad, que no se agota en el ejercicio de la sexualidad, por lo que normativamente debe ser descartada la posibilidad de que las mujeres sean caracterizadas como un instrumento cuyo destino fatal es la reproducción [PIMA, 139].

La alusión al artículo 4º constitucional supone no sólo el derecho de hombres y mujeres a decidir sobre su maternidad y paternidad, sino también una afirmación de la igualdad entre ambos. Como puede notarse aquí y en las citas siguientes, se rechaza la noción de maternidad como destino o como acatamiento necesario de una voluntad ajena por parte de la mujer, ya sea la de un ser divino (en el discurso conservador y confesional), ya sea la del Estado. Lejos estamos del argumento, expuesto anteriormente, que atribuía a la ley la autoridad para imponer la maternidad en cualquier caso, incluso el de violación.

Penalizar este acto es una forma salvaje de concebir a las mujeres como mamíferas paridoras, no aceptarlas como sujetos en su propio derecho y orillarlas al riesgo de la clandestinidad. Es de una brutalidad impre-

sionante negarles a las mujeres la posibilidad de remediar un acto que no han elegido y que va a tener consecuencias de por vida [ML, 37].

El cuestionamiento de la maternidad como destino conlleva el rechazo de la cosificación de la mujer y la visibilización de la violencia que se ejerce sobre ella cuando se le impone la maternidad o se le empuja a recurrir a prácticas peligrosas para su vida y su salud. De ahí que también se ponga en duda la utilidad y la justicia de penalizar el aborto:

La penalización a la interrupción del embarazo es en realidad un mecanismo de imposición de la maternidad a las mujeres, más que un medio para proteger la vida ¿si es el Estado el que niega la posibilidad de que la mujer decida si continúa el embarazo o lo interrumpe, por qué ese mismo Estado no adopta la responsabilidad de la educación y la manutención de todos los niños y niñas? ¿Por qué considera que es responsabilidad del padre o madre? O peor aún, por acción u omisión, ¿por qué considera que la obligación es sólo de las mujeres? Entonces, el cuidado y la crianza es responsabilidad de personas, ¿pero la decisión de interrumpir el embarazo es decisión del Estado? [FZZ].¹³

Lo que se plantea aquí no es ampliar las facultades del Estado sino llevar al límite la lógica del argumento restrictivo para mostrar las contradicciones que subyacen a la justificación de la injerencia del Estado en el caso de la reproducción. Si se tiene en cuenta el declive del Estado de bienestar y la tendencia a privatizar el cuidado, este argumento tiene fuertes implicaciones políticas en cuanto a la función estatal y el respeto a la libertad y la intimidad de las personas. Se cuestionan asimismo los papeles de género tradicionales y la normalización de la privatización y feminización del cuidado.

La afirmación del derecho a decidir de las mujeres se inscribe además en el marco internacional de derechos humanos, como señaló en su voto concurrente el ministro Valls Hernández, quien explicó que, conforme al Estatuto de Roma; “la violación de la

¹³ Intervención de la sexta audiencia, no publicada (min. 5 y 6.20).

autodeterminación reproductiva de la mujer, mediante el embarazo o la esterilización forzados, constituye uno de los más graves crímenes en el derecho internacional humanitario" (SCJN, 2008a: 265). Este argumento es cercano al del relator especial sobre la tortura y otros malos tratos y penas crueles y degradantes, en su informe de 2013 acerca de éstos en el ámbito de la atención a la salud, quien señaló que la negación del aborto por violación transgrede "el derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos", y contraviene los lineamientos de la Convención contra la tortura (Naciones Unidas, 2013, puntos 45 y 50).

El Estado, garante de derechos

Aunque las visiones de conservadores y liberales varíen, ambas incluyen un concepto particular de la función del Estado y de sus responsabilidades ante la sociedad, manifiesta en las audiencias de 2008. No es de extrañar que la formulación del papel del Estado por parte de quienes aprueban la despenalización corresponda a una visión laica en que el Estado no es garante de principios morales sino de leyes y derechos, y en que se retoman los conceptos de legalidad, derechos humanos y justicia social, presentes en argumentos de este campo discursivo.

Desde esta perspectiva, la reforma del 2007 se considera no sólo positiva sino como una medida contra la desigualdad y la violencia:

Al despenalizar el aborto la ALDF no sólo hace realidad este espacio mínimo, necesario para la libertad de decidir de las mujeres. [...] además corrige la desigualdad reproductiva, entre hombres y mujeres. [...] Por otra parte, esta reforma democratiza la libertad reproductiva, al volver accesible a todas las mujeres su ejercicio pleno; por un lado, permite igualar sustancialmente a las mujeres que sufren violencia, falta de educación y escaso acceso a métodos anticonceptivos con aquéllas más afortunadas que no padecen lo anterior; por otro, permite a las más pobres acceder a servicios seguros de interrupción del embarazo al igual que quienes tienen recursos para acceder a servicios privados y seguros, clandestinos o no [MERC, 183-184].

Además de las consecuencias concretas para las mujeres que aquí se exponen, implícitamente se plantea que, gracias al carácter integral de la reforma, el Estado cumplirá con su función de garante de la salud y la educación. Se reafirma así la obligación estatal de proporcionar la información necesaria para prevenir embarazos no deseados, de dar acceso a métodos anticonceptivos, y, de manera más general, se le atribuye la posibilidad de reducir la desigualdad de oportunidades mediante esta reforma democratizadora. Cabe destacar la concreción de los argumentos expuestos acerca de los medios para garantizar el derecho a la salud reproductiva, que se expresó también en otras intervenciones:

Uno de los más importantes aciertos de este decreto es que contempló una estrategia integral cuyo impacto en la salud reproductiva de las mujeres está bien documentado. La reforma combina tres aspectos sustanciales: además de abrir el acceso a la interrupción del embarazo, se incluyó el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, y más, se adicionó la promoción permanente e intensiva de prácticas preventivas mediante la educación sexual. Tal como a la letra dice la reforma en el segundo párrafo del artículo 16 bis 8 [GRR, 151].

Para quienes apoyaron la reforma de 2007, en efecto fue un logro que se despenalizara el aborto y se implementara una estrategia integral en los servicios de salud sexual y reproductiva en el D.F. Desde una perspectiva de género y de justicia social, la instrumentación de esta política pública permitiría garantizar la libertad de conciencia, el fortalecimiento de la práctica anticonceptiva y la aplicación de una política de educación sexual con bases científicas, en el marco de un Estado laico. El énfasis en el aspecto democratizador de la reforma sugiere su impacto potencial como vía para disminuir la discriminación de género y clase y para contribuir a una sociedad más justa, como también se expresa en esta intervención:

El aborto ilegal constituye una violación del derecho a la igualdad en el acceso a servicios de salud, a la integridad e incluso a la vida porque las mujeres de bajos ingresos eran quienes acudían a practicárselos en lugares insalubres y en condiciones de inseguridad [MLMC, 197].

En términos más amplios esto corresponde a una visión de la construcción de políticas públicas como respuesta del Estado a las necesidades y demandas de la sociedad, o con base en un acuerdo común. Supone también una reivindicación de un Estado justo, plural y democrático, del que se deriva un concepto concreto de justicia para las mujeres:

El derecho al aborto está vinculado a la reivindicación democrática y moderna de la autodeterminación personal. [...] La despenalización del aborto, tal como fue aprobada por la Asamblea Legislativa, ofrece un piso de justicia igualitaria a todas las mujeres del Distrito Federal [ML, 36].

El resultado de las dos acciones de inconstitucionalidad que nos ocupan determinará si en México se consagra la libertad reproductiva de las personas, y concretamente de las mujeres. Pero además determinará la posibilidad misma de las mujeres de desenvolverse libremente mediante el ejercicio de todos sus derechos. [...] Las mujeres que deciden interrumpir un embarazo que no buscaron o no desearon están actuando de acuerdo con su libertad de conciencia. El Estado laico garantiza precisamente el ejercicio de estas libertades y derechos [MCM, 137].

Ante un tema tan controvertido, complejo y multidimensional como es el aborto, no existe una verdad única y mucho menos no debe existir (*sic*) una opción única en un Estado laico, democrático, justo y de pleno respeto a los derechos fundamentales inscritos en la Constitución [SLS, 63].

Como puede notarse, estos planteamientos afirman, desde distintos ángulos, la función del Estado como garante de derechos y de la libertad de las mujeres, a la vez que reafirman que la laicidad es condición necesaria para el ejercicio de la libertad y el respeto a la pluralidad.

¿Qué implican estos argumentos? Básicamente, los que defienden la legalidad de la despenalización, atribuyen al Estado la responsabilidad de garantizar los derechos de las mujeres. Esta obligación conlleva en este caso otras responsabilidades amplias,

como la instrumentación de políticas públicas para hacer accesible la interrupción del embarazo a todas las mujeres y niñas en términos de la ley, así como la obligación de prevenir los embarazos no deseados mediante políticas de educación sexual y el acceso efectivo a MA. Aunque en general el Estado cumple —y debe cumplir— con estas obligaciones, la afirmación de que la reforma conlleva en sí una serie de consecuencias positivas idealiza hasta cierto punto al Estado mexicano, y al gobierno del D.F., ya que en la práctica persisten deficiencias y obstáculos. En el contexto del debate cabe pensar que esta idealización no se debe tanto a un desconocimiento de las condiciones reales de las políticas públicas, sino que, más bien, expresa grandes expectativas frente a un gobierno del que se espera cumpla con las altas responsabilidades que se le asignan. En un sentido se contraponen la autoridad de la ley a la afirmación de verdades absolutas. Contra la configuración del Estado como líder moral en defensa de la “vida”, se constituye un Estado agente de justicia y de justicia social.

A la luz de los argumentos aquí analizados, es evidente que el concepto de aborto y las implicaciones de su despenalización han sido, y son todavía, motivo de discusiones muchas veces polarizadas y de intensas controversias. Los debates en torno al aborto desde la moral o la ética, el derecho y los derechos humanos, sacan a la luz contradicciones y diferencias de fondo que tienen repercusiones políticas y jurídicas, pero también consecuencias relativas a la salud, la salud pública y el derecho a la salud. En los siguientes capítulos ahondaremos en estos ángulos, no menos importantes, de esta problemática. Como veremos, en estos campos las posiciones conservadoras y liberales son consistentes con las posturas encontradas que aquí hemos expuesto.

5

IMPACTO DEL MARCO JURÍDICO EN LA MAGNITUD Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO

INTRODUCCIÓN

El marco jurídico del aborto, que atañe a su penalización o despenalización, ha sido y continúa siendo uno de los aspectos centrales y sustento inicial de los dilemas y controversias en que se han dado los debates sobre este tema en los ámbitos nacional e internacional. Las causales en que se autoriza o no su práctica, la intensidad de ésta, las condiciones a las que se exponen las mujeres que recurren al aborto inseguro y las consecuencias que de ello resultan, los derechos y opciones que dichos marcos ofrecen a las mujeres que interrumpen su embarazo, las responsabilidades y obligaciones de las diversas instancias públicas y sociales que intervienen para permitir o no su práctica, están asociadas estrechamente con el marco jurídico prevaleciente. Las diversas circunstancias para su despenalización o penalización no son estáticas ni neutrales, y los cambios legislativos en el tiempo responden a las condiciones y transformaciones en el ámbito político, ideológico, social y cultural específico de cada sociedad.

Sin embargo, hay que subrayar que el estatuto jurídico del aborto no ejerce una influencia ni una causalidad unívoca y mecanicista en la decisión íntima y personal de las mujeres para interrumpir voluntariamente su embarazo, ya que, como se ha mostrado en el ámbito mundial, las leyes que prohíben el aborto por la sola voluntad de la mujer, o por ciertas causales —aun las más adversas, como son los riesgos en su vida y su salud—, no impiden

que las mujeres lo lleven a cabo. Tampoco las consecuencias de las desmesuradas sanciones penales que consideran el aborto como un delito detienen la decisión de abortar. No obstante, el marco legal punitivo sí interviene en el proceso de decisión de las mujeres, ya que implícitamente conduce a que su práctica se realice en condiciones clandestinas altamente riesgosas. En cambio, la condición de legalidad del aborto junto con la implementación de políticas públicas, en particular las relativas al acceso y la calidad de la oferta de servicios de salud para recurrir al aborto o para atender las complicaciones de éste, sí inciden en las condiciones de vida, salud y bienestar de las mujeres, en particular en su etapa de vida reproductiva.

Al analizar los argumentos acerca del alcance, sentido e impacto del marco jurídico en la incidencia del aborto, observamos que la estrategia discursiva de los grupos que están en contra o a favor de la despenalización se construye sobre todo a partir de la situación y de los cambios que se han observado en distintos países y momentos en la magnitud de la práctica del aborto, en la intensidad de los niveles de mortalidad y morbilidad materna (MMM) por aborto, que varían según si los marcos jurídicos son restrictivos o permisivos, y que están asociados a la práctica anticonceptiva. Esta perspectiva analítica es clave en el debate, pero al mismo tiempo muy compleja dadas las limitaciones en la recolección de las evidencias.¹ Si bien no hay un número preciso acerca de su magnitud, y es difícil alcanzar mayor certeza, las estimaciones disponibles constituyen una aproximación que ilustra de manera clara las contrastantes situaciones y la fuerte diferenciación entre los niveles de aborto inducido y sus implicaciones en la salud de las mujeres según los cambios que se han dado en los marcos jurídicos prevalecientes.

En este capítulo mostramos cómo entienden y sobre todo cómo interpretan los exponentes de ambas posiciones las evidencias empíricas con las cuales buscan sustentar la racionalidad de sus argumentos en este tema. Para ello presentamos primero un breve

¹ Para mayor referencia acerca de las dificultades y limitaciones en la recolección y en las estimaciones de los datos sobre la incidencia del aborto, véase Guillaume y Lerner (2007, cap. 3).

panorama del heterogéneo marco legal vigente en las regiones del mundo, en el cual se muestra la diversidad de causales bajo las cuales se permite el aborto; como parte de éste, se alude al marco legal en México. A continuación exponemos, con el título “andamiaje de las evidencias empíricas”, tres escenarios para ejemplificar y comparar qué trayectoria sigue la incidencia del aborto y qué cambios se dan en los niveles de éste según los marcos jurídicos: el primero, utilizado comúnmente, muestra el panorama mundial y regional; luego, en el segundo damos cuenta de algunos países de Europa Occidental y Oriental donde el aborto es legal y cuenta con una amplia y diversa trayectoria en la despenalización, y el tercero incluye algunas breves particularidades de algunos países de América Latina, y México, como ejemplo de países con marcos legales restrictivos. Finalmente, nos referimos a la estrategia discursiva de ambos grupos presentando sus argumentos en torno a la relación entre los marcos legales y la magnitud en la incidencia del aborto, las consecuencias de dicha relación en los niveles de mortalidad y morbilidad materna y su estrecha articulación con la práctica anticonceptiva. Como se verá, la diferencia básica entre estos grupos es la manera de entender e interpretar las evidencias disponibles.

EL DISCREPANTE Y DIVERSO MARCO LEGAL

Un primer panorama, muy ilustrativo, puede trazarse a partir de las diferencias en el estatuto legal del aborto vigente en países desarrollados y en desarrollo. De acuerdo con la más reciente información proporcionada por Naciones Unidas, de los 196 países² considerados, cerca de la tercera parte permiten el acceso legal por demanda de la mujer, o sea sin restricción alguna en cuanto a las causales o razones específicas, aunque en la mayoría se establecen límites gestacionales (alrededor de las 12 semanas de gestación o, como máxima temporalidad, con anterioridad a las 24 semanas), así como diversas condiciones sanitarias para reducir los riesgos

² En ésta se consideran únicamente 193 países miembros y tres países no miembros de Naciones Unidas (Cook Islands, Santa Sede y Niue).

en su práctica (United Nations, 2013). De éstos, poco más de dos terceras partes son países desarrollados (71%), mientras que sólo una minoría de los países en desarrollo ha logrado liberalizar sus leyes (16%).³ Una primera conclusión de estas evidencias apunta claramente a la prevalencia de marcos legales restrictivos en la mayoría de los países en desarrollo, y por ende la fuerte restricción al ejercicio del derecho a decidir de las mujeres.

En lo que se refiere a las causales o exclusiones de responsabilidad, a nivel más teórico o normativo que real, casi todos los países permiten el acceso a un aborto legal para salvar la vida de las mujeres, tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo (96 y 97% respectivamente). Sin embargo, cuando se trata de las causales directamente relacionadas con la salud de las mujeres, se observan fuertes diferencias. Así, cuando se trata de preservar la salud física y mental de las mujeres, casi 9 de cada 10 países desarrollados autorizan el aborto (88 y 86% respectivamente), pero sólo lo hacen 6 de cada 10 de los países en vías de desarrollo (61 y 58% respectivamente). Cuando se trata de otras causales, la brecha es aún mayor: más de 8 de cada 10 países desarrollados permiten el acceso legal al aborto en caso de violación o incesto y malformaciones del feto, pero sólo lo permiten en estas dos circunstancias cerca de 4 de cada 10 países en desarrollo y apenas 2 de cada 10 lo autorizan por razones económicas y sociales. Una segunda conclusión constata nuevamente la persistencia de las mayores restricciones en los países en desarrollo, en los cuales si bien se autoriza mayoritariamente el aborto legal ante las causales de salud, en la práctica aún dista mucho de garantizar la vida y salud de las mujeres, más aun considerando que la violación y las malformaciones del feto también inciden en la vida y salud de ellas.

Este contraste que afecta la vida de millones de mujeres se vuelve más crítico cuando se observa la abismal diferencia en la proporción de mujeres en edades reproductivas (15-44 años) que

³ En América Latina y el Caribe, según esta fuente, son dos países los que se encuentran en esta situación (incluyen erróneamente a México, donde el aborto es legal, sin restricción únicamente en el Distrito Federal), y omiten a Puerto Rico y algunos territorios franceses ultramarinos.

residen en países con distinto estatuto legal y con diversos grados de desarrollo. En el 2008, 76% de mujeres en estas edades de países desarrollados vivían bajo marcos legales que permitían el aborto sin ninguna restricción, *versus* 31% de las que viven en los países en desarrollo. En cambio, en países con leyes altamente restrictivas (ya sea totalmente prohibido o permitido para salvar la vida de la mujer) casi ninguna mujer (0.1%) vive en países desarrollados, y 32% residen en países en desarrollo⁴ (Guttmacher Institute, 2012). Si tenemos en cuenta la proporción de mujeres que viven en países desarrollados o en desarrollo, también se observa que la mayoría de las mujeres del mundo viven con marcos restrictivos en estos últimos.

¿CUÁL ES EL PANORAMA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN EL CONTEXTO MUNDIAL?

La situación en América Latina y el Caribe es similar a la de otras regiones en desarrollo y es sumamente restrictiva, ya que la interrupción voluntaria del embarazo sólo está permitida en cuatro países: Cuba, Guyana, Puerto Rico, y en Uruguay desde 2013, así como en el Distrito Federal de México desde 2007, y está totalmente prohibido en cuatro países, Chile, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua. Cuando se trata de salvar la vida de las mujeres, el aborto legal también se autoriza en la mayoría de los países (88% del total de países de esta región), pero disminuye drásticamente para preservar la salud física o mental de las mujeres en poco más de la mitad de los países (58 y 55% respectivamente). Para las demás causales, el panorama es aún más restringido, pues sólo 4 de cada 10 países permiten el aborto legal en caso de violación o incesto, menos de una tercera parte por malformaciones del feto (27%), y sólo cerca de 2 de cada 10 por razones económicas (18%) (United Nations, 2013).

⁴ En éstos últimos no se incluye a India ni a China.

El heterogéneo y discriminatorio marco legal del aborto en México

México, país en desarrollo, tiene un sistema jurídico-político que permite a las entidades federativas establecer sus propias leyes. Como resultado de las reformas en la legislación sobre el aborto que tuvieron lugar de 2008 a 2010, el panorama actual, presentado en el capítulo 2, muestra que sólo en una entidad, el D.F., se permite desde 2007 la interrupción legal del embarazo (ILE) a petición de la mujer, hasta la semana 12 de gestación.⁵ En contraste, como contra-reacción de los grupos conservadores a la aprobación de la constitucionalidad de la reforma en el D.F., 16 entidades federativas modificaron sus constituciones locales entre 2008 y 2010, para proteger el derecho a la vida desde el momento de la concepción, lo que impone un marco altamente restrictivo conceptualmente y en la práctica. En los demás estados, lo mismo que en el D.F. después de las 12 semanas y en el resto del país, el aborto se interpreta como un delito, pero también se autoriza legalmente ante ciertas exclusiones de responsabilidad penal que se determinan en el ámbito local (GIRE, 2013). La única causal vigente a nivel normativo para tener acceso a un aborto legal, en todos los marcos jurídicos de las entidades federativas del país, es en caso de embarazo producto de una violación sexual, y en 10 entidades se condiciona esta causal al primer trimestre de gestación.

Este panorama legal es apenas una pequeña muestra del escenario discriminatorio e inequitativo que prevalece en el país, con excepción del D.F. Como se sabe, el acceso al aborto legal y seguro es particularmente difícil para las mujeres de los estratos más pobres de cualquier estado, pero además la autorización para interrumpir legalmente un embarazo está sujeta a interpretaciones subjetivas en la aplicación de los marcos jurídicos. Todas las mujeres y en particular las más desfavorecidas, enfrentan lo que GIRE (2013) acertadamente llama la “incertidumbre jurídica”, situación ante la ley que conlleva riesgos para acceder al aborto, que se ha presen-

⁵ Sin embargo, el acceso a la ILE sólo se permite en los servicios de salud bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud del D.F. y no se autoriza en el caso de los servicios ubicados en el D.F. que están a cargo de la Secretaría de Salud federal.

ciado también en otros países en desarrollo. En este mismo sentido podemos hablar de la “incertidumbre médica”, de la cual hemos sido testigos en México.

Por ello, no basta con tener en cuenta sólo las leyes sino que es preciso examinar la retórica de las disposiciones jurídicas y médicas, y sus interpretaciones en la práctica. En efecto, en la implementación de las leyes que permiten acceder a un aborto legal y seguro, numerosos y complejos obstáculos y restricciones limitan o impiden su efectividad. En los hechos, el derecho al aborto es más teórico que real. Como ha planteado GIRE (2013), diversas disyuntivas, contradicciones y arbitrariedades en los procedimientos y las condiciones en la implementación de las leyes imponen mayores barreras a las mujeres, les obstaculizan el acceso a un aborto legal y seguro, por lo que su derecho a decidir no se respeta ni garantiza. Entre otras, interfieren las autoridades, judiciales o médicas, cuya interpretación subjetiva puede ser contraria a las causales que permiten realizar un aborto legal, como ha sucedido cuando el embarazo es producto de una violación, o cuando se requiere de un aborto por malformaciones congénitas del feto o por grave riesgo para la vida y salud de la mujer.⁶ También inciden contra el derecho de las mujeres la dilación de los trámites en las instancias judiciales y de salud que alargan el proceso más allá del lapso permitido para realizar el procedimiento con mayor seguridad; la negativa de las instituciones de salud y de los médicos para llevarlo a cabo, y el desconocimiento, por parte de las mujeres y de los prestadores de servicios, de las causales legales que lo permiten. Se agrega a ello el estigma, culpa y miedo que se inculca sobre todo a las mujeres, pero afecta también a los profesionales de la salud, que temen ser penalizados. Estos temores, actitudes y prácticas dilatorias responden en gran medida a las presiones que los grupos de derecha, liderados por la jerarquía eclesiástica, ejercen sobre instancias públicas responsables de elaborar, aprobar e

⁶ Son cada vez más los testimonios que se dan a conocer en diversos estudios y en los medios de comunicación de casos en que se niega a las mujeres el acceso a un aborto legal, como son, por ejemplo, los casos de Paulina, Adriana, Mónica, Lourdes, Esmeralda, Claudia, Jimena, todas ellas víctimas de violación en México (GIRE, 2013); así como otros casos en países de América Latina.

implementar las leyes, las políticas públicas y los programas nacionales relativos a la salud y a la PF, y en particular contra cualquier acción para despenalizar el aborto o permitirlo por determinadas causas.

En este panorama nacional y global de contrastes y desigualdades, la despenalización ha sido y sigue siendo objeto de disenso y batallas ideológicas y políticas. No sorprende ni es mera coincidencia que sean los países más desarrollados, caracterizados por la separación real entre el Estado y la Iglesia en la formulación de las leyes y en la vida pública, los que han logrado responder a las necesidades y deseos de las mujeres en su ámbito sexual y reproductivo y les han otorgado el derecho a decidir sobre su vida, su cuerpo y su salud. Tampoco sorprende que sean los países en desarrollo, con una persistente influencia y poder de las instancias religiosas, donde el aborto sigue estando penalizado. Como veremos a continuación, en los primeros países es donde se dan los más bajos niveles de abortos seguros y sobre todo inseguros, y las menores tasas de mortalidad y morbilidad materna como producto de estos abortos.

EL ANDAMIAJE DE LAS EVIDENCIAS EMPÍRICAS: LOS DIVERSOS ESCENARIOS LEGISLATIVOS EN LA PREVALENCIA Y ALCANCE DEL ABORTO

En este apartado presentamos la evidencia científica disponible para responder a dos interrogantes: ¿Qué lectura se desprende de la relación entre marcos jurídicos y la intensidad de la práctica del aborto? y ¿Cómo entender e interpretar los cambios que se han observado en los niveles de aborto en los países que lo han legalizado o lo han penalizado? Para ello hemos partido de dos escenarios en torno a las estimaciones de aborto. El primer escenario presenta las grandes diferencias entre los abortos seguros e inseguros en las distintas regiones del mundo, diferencia estrechamente vinculada con los marcos legales vigentes. En el segundo escenario identificamos dos patrones, uno en Europa occidental y otro en Europa oriental, en países con marcos legales diversos entre los cuales se observan diferencias en la relación entre la magnitud de

la incidencia del aborto, las tasas de mortalidad materna y la intensidad de la práctica anticonceptiva, aspecto último articulado a una política de prevención, muy relacionada con los efectos y causas de la práctica del aborto y que contribuye, como un factor decisivo, en el aumento o disminución de ésta. El tercer escenario incluye algunos países de América Latina donde persisten marcos legales altamente restrictivos. Nos interesa aquí exponer y mostrar cómo se interpretan estas diferencias a la luz de las tendencias que se observan en cada escenario.

Primer escenario: la fuerte diferenciación de los niveles de aborto seguro e inseguro entre regiones del mundo

En el ámbito mundial hay importantes divergencias en los niveles de aborto seguro e inseguro, por lo que cuando se estudia la problemática del aborto y se discute su penalización o despenalización, es preciso tener en cuenta dicha diferenciación.

Entre la amplia gama de estudios disponibles acerca de los niveles de aborto, nos interesa destacar el elaborado por Sedgh *et al.* (2012), uno de los más citados en el debate público, ya que ilustra la importancia de distinguir las tendencias en la incidencia del aborto en las diversas regiones del mundo en tres momentos en el tiempo (1995, 2003 y 2008), y según se trate de abortos seguros (legales) o inseguros (ilegales, clandestinos). Esta distinción fundamental es un claro testimonio de los efectos de la despenalización *versus* los de la penalización en países de las regiones desarrolladas y subdesarrolladas. Desde esta perspectiva, interesa destacar tres hechos:

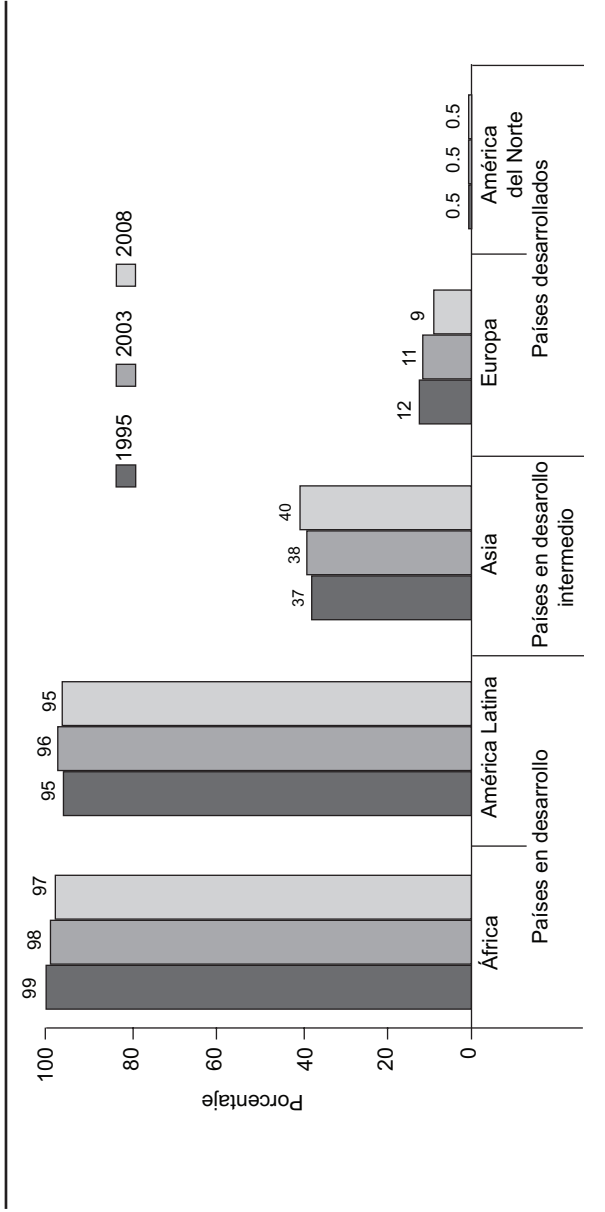
- i) En primer lugar, como sería de esperar, observamos tendencias fuertemente contrastantes entre los países en desarrollo —que, en general, se caracterizan por tener legislaciones altamente restrictivas— y los desarrollados —que cuentan con marcos legislativos permisivos—: mientras que en los primeros, algo más de 5 de cada 10 mujeres, en promedio, se ven expuestas a abortos inseguros en los tres momentos señalados, en los segundos no llegan a una de

cada 10 mujeres (véase el cuadro 5.1 al final de este capítulo). Más aún, como se muestra en la gráfica 5.1, dichas tendencias contrastantes se intensifican al evidenciar que en América Latina y en África los abortos inseguros representan casi la totalidad de los que se practican, en cambio en los países de América del Norte y de Europa (del Norte, Sur y Oeste) son casi insignificantes en el primer caso y muy reducidos en Europa del Este. En una situación intermedia se encuentran los países de Asia.

- ii) Estas fuertes desigualdades repercuten en la magnitud de los niveles del aborto inseguro en las diferentes regiones, como se advierte en la gráfica 5.2 al comparar América Latina y Europa. En los tres periodos considerados, en América Latina se observa una leve disminución en las elevadas tasas de aborto inseguro entre el primer momento y el siguiente, con una tendencia estable entre los dos últimos. En la subregión del Caribe se observa una mayor disminución de las tasas más bajas, situación que obedece en gran medida a la legalidad del aborto en Puerto Rico, Guyana, Cuba y las Antillas francesas. En cambio en la región de Europa hay que destacar las menores magnitudes y la estabilidad en los bajos niveles de aborto inseguro en los tres momentos considerados.
- iii) Una demostración adicional del efecto de la despenalización se ilustra en la gráfica 5.3, que muestra la fuerte tendencia decreciente y significativa en el periodo, debido en gran medida a los importantes descensos del aborto seguro (de 78‰ en 1995 a 39-38‰ en 2003 y 2008), e inseguro (del 12‰ en 1995 al 5‰ en 2003 y 2008) que se dieron en Europa del Este a raíz de la implementación de programas de planificación familiar eficientes, en particular del amplio acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos y de amplios programas de educación sexual para revertir la cultura del aborto que prevaleció en esta región hasta finales de la última década del siglo pasado. Cabe destacar también los menores niveles de aborto del conjunto de las otras regiones de Europa (Norte, Sur y Oeste), lo cual es un incuestionable testimonio de la prevalencia de un marco

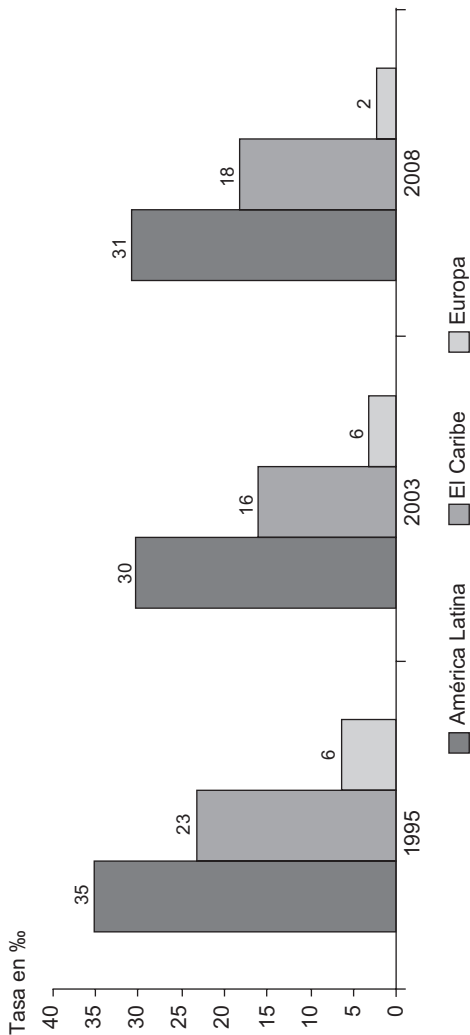
GRÁFICA 5.1

Evolución del porcentaje de aborto inseguro con respecto al total de abortos en las grandes regiones del mundo, según su nivel de desarrollo, en 1995, 2003 y 2008



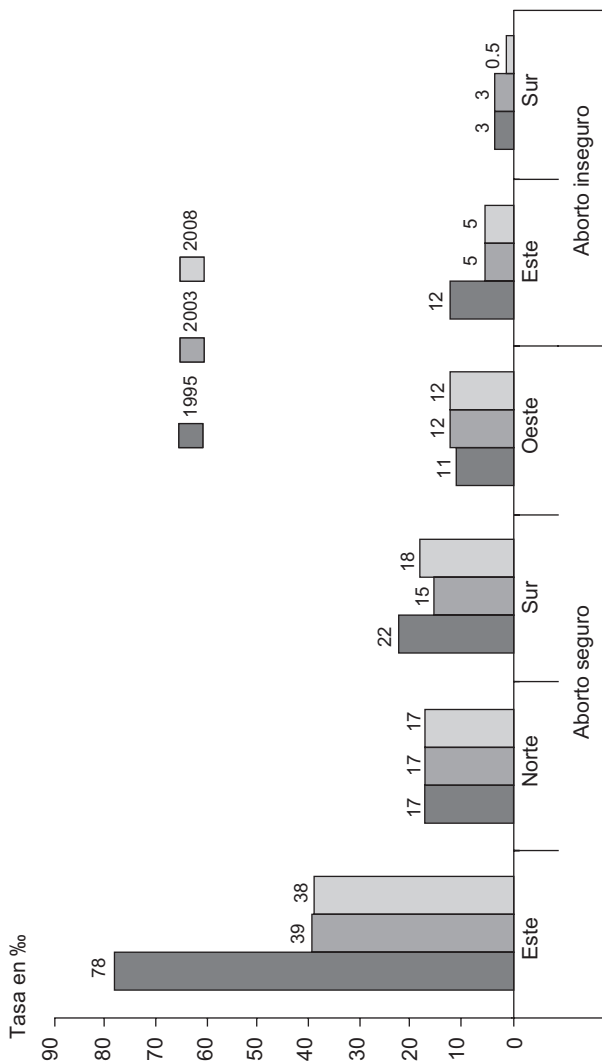
FUENTE: Segdh *et al.*, 2012.

GRÁFICA 5.2
Evolución de la tasa de aborto inseguro en América Latina, el Caribe
y Europa, en 1995, 2003 y 2008



FUENTE: Segdh *et al.*, 2012.
Tasa por 1 000 mujeres de 15-44 años.

GRÁFICA 5.3
Tasa de aborto seguro en las regiones de Europa y de aborto inseguro
en Europa del Este y del Sur, en 1995, 2003 y 2008



FUENTE: Segdh *et al.*, 2012.

Tasa por 1 000 mujeres de 15-44 años.

Nota: En las regiones oeste y norte de Europa, la tasa de aborto inseguro es ≤ 1 por mil.

jurídico de aborto legal de larga data: las tasas de aborto seguro oscilan entre 11 y 22‰ en el periodo 1995-2008, mientras que el nivel de aborto inseguro alcanza en el sur menos de 3‰. Esto indica claramente que mientras menos restrictivo es el marco legal, las tasas de aborto inseguro son más bajas.

Segundo escenario: trayectorias contrastantes entre países de Europa Occidental y Europa Oriental

Por si no fuera suficiente la evidencia científica anterior, en este segundo escenario interesa mostrar de manera aún más contundente la importancia de la despenalización del aborto mediante la comparación de las tendencias de su práctica en países que lo han legalizado en condiciones distintas. Presentaremos este escenario mediante ejemplos significativos de algunos países, con el propósito de ofrecer una lectura que contribuya a la discusión pública y legislativa bien informada y razonada, y mostrar la correcta e incorrecta maneras de entender e interpretar las evidencias empíricas que se utilizaron en el debate público durante las audiencias. Así, evidenciaremos la trayectoria legal-liberal de los países europeos que hemos seleccionado, su vinculación con los cambios en las tasas de aborto, la incidencia en los niveles de mortalidad materna y la prevalencia anticonceptiva. Cabe señalar que los niveles de mortalidad materna son un indicador proxy que representa la punta del iceberg de las consecuencias de los abortos inseguros, mientras que la prevalencia anticonceptiva remite a una amplia práctica institucionalizada y socializada que posibilita disminuir los embarazos imprevistos y no deseados y, por tanto, los abortos.

En este escenario hemos identificado dos patrones que corresponden a los países de Europa Occidental y a los países de Europa Oriental que, de acuerdo con Sedgh *et al.* (2011), son aquéllos cuyo registro de estadísticas respecto al aborto es más confiable. Esta distinción permite ilustrar claramente la permanencia o los cambios en la incidencia del aborto, según las transformaciones del marco legal en ellos. Es importante reiterar que los cambios en la práctica del aborto se relacionan no sólo con el marco legal vigente sino

también con la amplia temporalidad en que ha estado vigente, así como con las condiciones sanitarias, políticas y sociales en ellos. Por ello, a continuación no sólo distinguimos entre países de Europa occidental, con una tradición de aborto legal, sino también países de Europa Oriental que han transitado de una cultura del aborto a una cultura legal preventiva y responsable.

Una práctica legal permisiva persistente en los países de Europa Occidental

El primer patrón que observamos incluye a 14 países del Norte, Oeste y Sur de Europa, donde la legalidad del aborto es una práctica que se ha institucionalizado progresivamente a partir de la segunda mitad del siglo XX, y donde se encuentran los niveles de aborto más bajos (véase cuadro 5.2 al final de este capítulo). Si bien en la mayoría de ellos se autorizó inicialmente el aborto por determinadas causas, relacionadas con la vida y salud de las mujeres y graves malformaciones del feto, a partir de las dos o tres últimas décadas del siglo pasado se permite el aborto sin ninguna restricción, a demanda de la mujer.⁷ Se trata de países desarrollados que se caracterizan por ser democráticos y laicos, con un acceso antiguo de la mayoría de la población a servicios de salud de calidad, con mayores niveles educativos en el conjunto de la población, una elevada participación de las mujeres en la actividad económica, una mayor igualdad en las relaciones de género y un amplio acceso a los anticonceptivos modernos, que han permitido la separación de sexualidad y reproducción. Son países que cuentan con una más sólida cultura preventiva y una fuerte valoración hacia comportamientos liberales y progresistas, asociados a menores tamaños de familia. En ellos, el Estado ha desempeñado un papel fundamental en la promoción y garantía de los derechos de las mujeres, entre los cuales se incluye el derecho a optar por una maternidad libre y voluntaria, derechos que se vieron acompañados de una amplia y sólida oferta anticonceptiva, así como del acceso al aborto legal

⁷ Una descripción más detallada de los cambios en la legislación del aborto para diversos países del mundo puede consultarse en United Nations Population Division (2001, 2001a, 2002; United Nations, 2013).

en condiciones seguras. Además, hay que subrayar que son países que se distinguen por una franca separación entre la Iglesia y el Estado, donde la religión no interfiere en el diseño e implementación de sus políticas. A pesar de las diferencias entre estos países en su trayectoria legal, sus principales características generales son las siguientes:

- i) Legislaciones liberales más antiguas que, en las dos o tres últimas décadas del siglo XX, autorizan el aborto por demanda de la mujer. De manera progresiva han ido introduciendo reformas para ampliar las causales mediante las cuales se autoriza el aborto y, sobre todo, han logrado flexibilizar las normatividades relacionadas con las condiciones, los criterios y los procedimientos que obstaculizaban el acceso al aborto legal en condiciones seguras. Entre éstos están la temporalidad temprana del embarazo para acceder sin restricciones ni justificaciones (aborto por demanda en un plazo determinado, que varía entre la semana 12 y la 22) y la gratuidad total o parcial del procedimiento. Estos países también permiten el acceso al aborto en el segundo semestre o en cualquier otra etapa de la gestación cuando peligra la vida de la mujer, o se expone a graves consecuencias en su salud física y mental, y por graves malformaciones del feto. Incluyen además un componente de acciones de consejería con anterioridad y posterioridad al aborto, la realización de éste por proveedores capacitados en servicios de salud de calidad, y el control médico para verificar la terminación del embarazo.
- ii) Una trayectoria que ha estado acompañada de una relativa estabilidad con bajas tasas de aborto seguro. En estos países el aborto inseguro es casi inexistente y el aborto seguro sólo alcanza niveles inferiores o cercanos al 20 por 1 000 mujeres en edades reproductivas (15-44 años) en un amplio periodo de tiempo (1982-2010).⁸ Entre estos 14 países se observan

⁸ Según otros autores, esta tendencia ya se perfilaba al menos desde la década de los setenta del siglo XX en la mayoría de los países de esta región (Henshaw, Singh y Haas, 1999).

diferencias importantes en sus niveles de aborto (cuadro 5.2, al final de este capítulo): en 5 de ellos (Dinamarca, Inglaterra y Gales, Francia, Noruega y Suecia) prevalecen trayectorias con tasas algo mayores o cercanas a 15‰, pero que permanecen casi estables en el periodo (gráfica 5.4),⁹ y en los demás se observan niveles menores o alrededor de 10‰, también estables o con una magnitud menor en el tiempo (gráfica 5.5). Las mayores magnitudes en las tasas de aborto se encuentran en las mujeres adolescentes y jóvenes.¹⁰

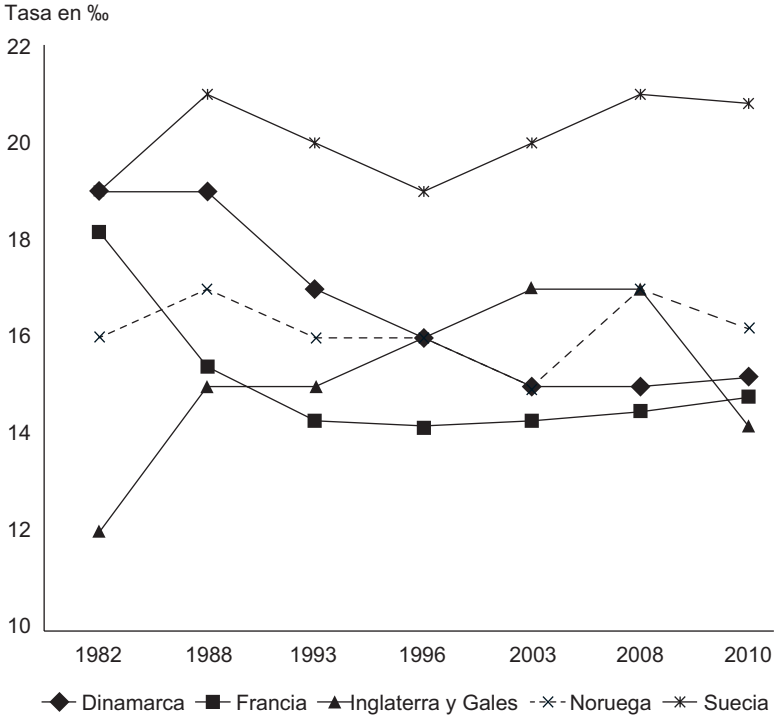
- iii) Niveles de mortalidad materna bajos y estables (como indicador proxy del amplio y más antiguo acceso a servicios de salud con altos estándares de calidad) que oscilan entre 4 y 15 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos por todas las causales que se reconocen en el ámbito mundial (UNFPA *et al.*, 2012). La mortalidad materna (MM) por aborto inducido es un fenómeno estadísticamente insignificante en estos países, razón por la cual ya no se registra la información sobre las tasas de MM atribuibles al aborto, como se observa en Europa del Norte, Sur y Oeste; lo mismo que en América del Norte y Oceanía.

Por otra parte, cabe señalar que en los países de Europa occidental la proporción de MM por aborto inseguro se estima de manera global en 4%, mientras que en el ámbito mundial ha permanecido en 13%, aunque con fuertes diferencias entre los países. En contraste, para los países subdesarrollados fluctúa entre 14% en África (9 a 18% según las regiones de este continente), 12% en Asia (con una mortalidad desdeñable en la región Este y hasta 16% en la

⁹ España parece ser una excepción, dado el aumento en la tasa de aborto inseguro que se observa de 2003 a 2008, pero esta última se mantiene hasta 2010. Este incremento en gran medida obedece a los obstáculos en la implementación del marco jurídico en 1985 y al mejor registro de este evento a partir de esa fecha (véase nota a pie 7, y Bergallo, 2010).

¹⁰ De acuerdo con Sedgh *et al.* (2012), el porcentaje de abortos legales y seguros para las adolescentes y jóvenes menores de 20 años se estima para el conjunto de la región de Europa (con la excepción de Europa del Este) entre 10 y 18% del total de abortos, y para las jóvenes de 20 a 24 años entre el 20 y 28%, siendo los países de la subregión Norte donde se encuentra el mayor porcentaje para ambos grupos de edad y en la Sur los menores porcentajes.

GRÁFICA 5.4
Cambios en las tasas de aborto legal en cinco países
de Europa Occidental, 1982-2010

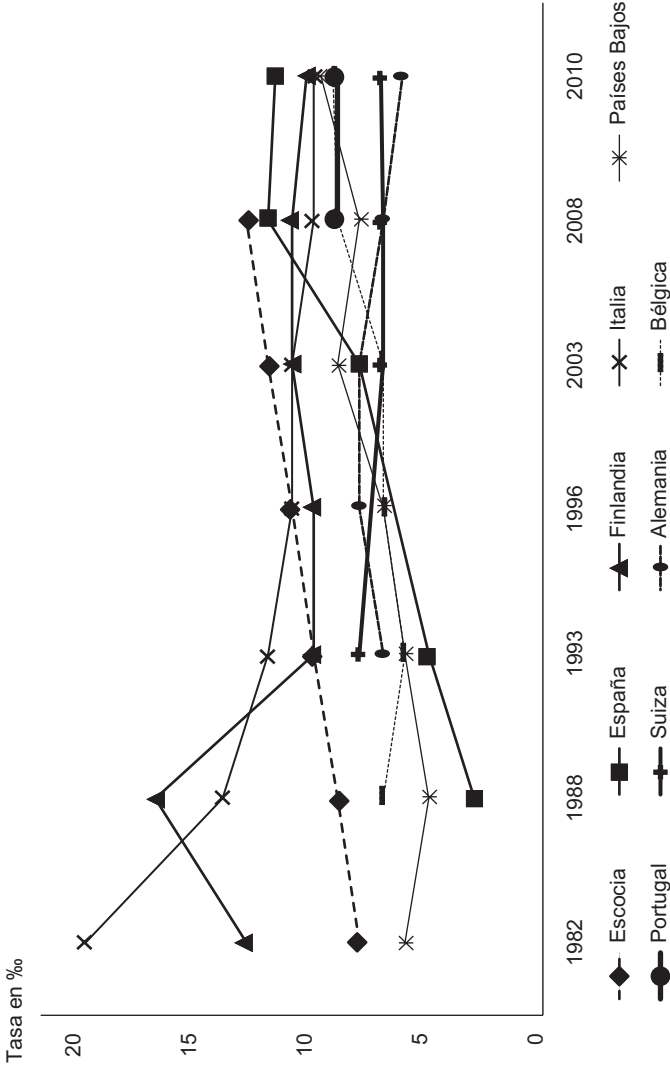


FUENTE: Elaboración propia con base en los datos del cuadro 2.

región Sur) y América Latina (entre 9 y 13%, según las regiones) (Ahman y Shah, 2011).

iv) Una amplia, elevada y continua cobertura anticonceptiva de métodos modernos (MAM) que se ha incrementado en el tiempo, alcanzando cifras que oscilan entre 63 y 88% de mujeres unidas en edad fértil al menos desde el año 2000 y en algunos países con anterioridad (cuadro 5.2a, al final de este capítulo). Este aumento en la prevalencia de métodos modernos de mayor confiabilidad y mayor seguridad en el

GRÁFICA 5.5
Cambios en las tasas de aborto en nueve países de Europa Occidental,
1982-2010



FUENTE: Elaboración propia con base en los datos del cuadro 2.

uso de estos métodos es concomitante con una disminución de métodos tradicionales o naturales, con excepción de Italia, donde a pesar de su disminución, su uso es muy alto (United Nations Population Division, 2012). En estos países se observan diferencias en el tipo de método utilizado, pero la pastilla hormonal es el MA más usado por las mujeres de la mayoría de estos países, seguido del DIU. Es importante destacar la importancia del uso del condón masculino, que representa el primero o segundo método utilizado.¹¹

Cabe destacar la amplia respuesta del Estado en estos países para proporcionar servicios efectivos y de calidad en materia de MA modernos para disminuir y evitar los embarazos no deseados y los abortos inseguros, así como para promover, respetar y garantizar a las mujeres el derecho a su autonomía reproductiva. Más aún, es interesante advertir que en la mayoría de estos países la constitución garantiza el derecho a la vida de cada ser humano, pero con una interpretación distinta en cuanto al derecho a la vida del embrión, ya que este derecho sólo se otorga cuando el producto es viable fuera del útero materno.

La experiencia de Francia es un muy buen ejemplo de una política social y poblacional que se rige por los principios de una sociedad democrática, laica, que garantiza los derechos de las mujeres y ha tenido como uno de sus principales objetivos disminuir los niveles de los abortos inseguros. En este país, con una población mayoritariamente católica, el aborto es legal sin restricciones desde la aprobación de la Ley Veil en 1975, y su incidencia ha permanecido estable desde esa fecha hasta la actualidad, con tasas de aborto estimadas alrededor del 15‰ en mujeres en edad reproductiva (Bajos, Ferrand y Moreau, 2012; Rossier, Toulemon y Prioux, 2009; Mazuy, Prioux y Barbieri, 2011; Villain y Mouquet, 2011; Bajos, Guillaume y Kontula, 2004; Mazuy, Toulemon y Baril, 2014). Esta ley repercutió en la salud de las mujeres y en la disminución de los

¹¹ Es interesante observar que Finlandia, Alemania, Noruega, España y Reino Unido son los países que tienen la proporción más alta de mujeres unidas esterilizadas (entre 10 y 15%), y más aún que este último país presente la proporción más elevada de varones esterilizados, procedimientos poco frecuentes en Europa (cuadro 5.2a).

costos del sistema de salud pública al modificar y mejorar las condiciones sanitarias de la práctica del aborto, al reducir drásticamente las complicaciones de abortos inseguros, lo que posibilitó la disminución de los niveles de mortalidad materna por aborto: en el año 2000 se estimó una defunción cada año (0.3 defunciones por 100 000 interrupciones voluntarias del embarazo: (ANAES, 2001). Cabe subrayar, como señalan Bajos *et al.* (2012), la importante influencia de la elevada y responsable práctica anticonceptiva en la reducción de los embarazos no deseados, como parte de la construcción y socialización de una cultura preventiva por parte de las mujeres, y los profesionales y servicios de salud, en particular para las y los adolescentes y jóvenes que buscan retrasar la entrada a la maternidad y paternidad.

La transición de una cultura del aborto a una cultura preventiva en los países de Europa Oriental

Un segundo patrón se observa en seis países de Europa Oriental, que de acuerdo con Sedgh *et al.* (2011) también tienen información completa y confiable (cuadro 5.3, al final de este capítulo). Se trata de países que formaban parte de la ex Unión Soviética, que fue el primer país en legalizar el aborto en la década de 1920 y en que, por lo tanto, rigieron principios socialistas respecto a la legislación del aborto, y por ello tienen una experiencia común en este tema. En estos seis países se legalizó el aborto desde la década de 1950, posición que desde entonces ha alternado entre etapas de endurecimiento y flexibilización de las leyes y normas para acceder a un aborto legal, variables según las particularidades del contexto político, social y cultural de estos países, en los cuales, sin embargo, ha permanecido legal el aborto a petición de la mujer.

La gran divergencia entre los países orientales y occidentales de Europa reside en que en los primeros el aborto fue legalizado más temprano y fue utilizado ampliamente como el principal método para la regulación de la fecundidad. Este hecho explica también en gran medida los altos niveles de aborto observados en ellos hasta principios de 1990. En la época socialista se privilegió una “cultura del aborto” socialmente institucionalizada y apoyada por el Estado mediante una política ambigua y en cierta medida contradictoria:

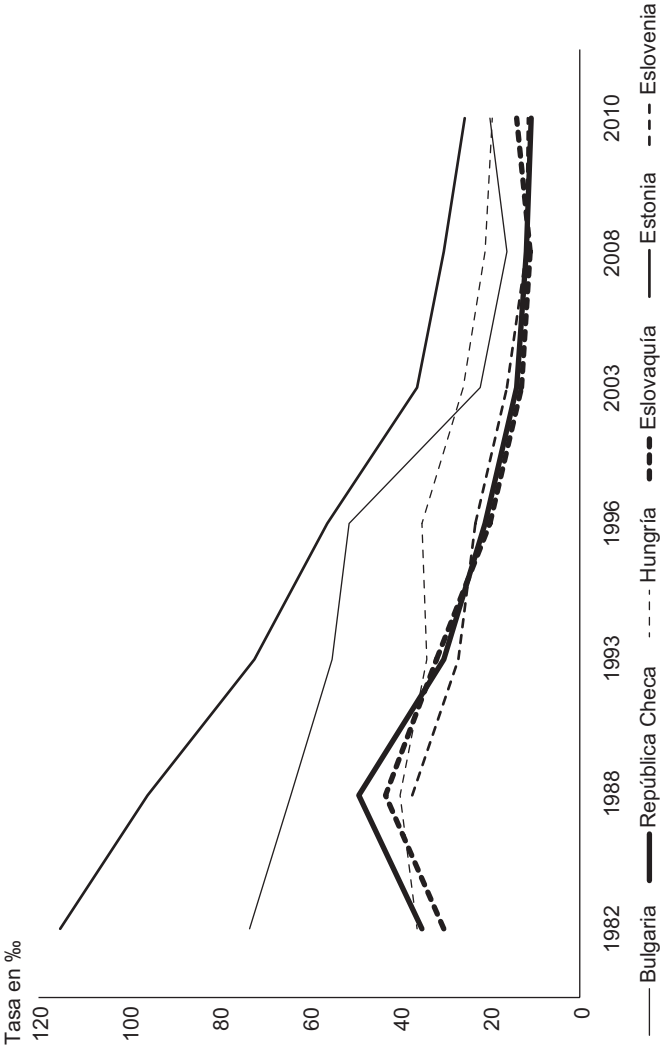
por un lado se brindaba acceso a los servicios de salud para llevar a cabo la interrupción de un embarazo no deseado, y por otro lado se dificultaba y limitaba el acceso a una práctica anticonceptiva moderna. A partir de la década de los noventa, tras la caída del muro de Berlín, las transformaciones en el ámbito político han llevado a mejorar las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, en especial los de PF, así como los de interrupción voluntaria del embarazo. Las principales características de estos países son:

- i) La legislación ha transitado progresivamente hacia una mayor liberalización, a la vez que se han flexibilizado y eliminado obstáculos en las normas, criterios y procedimientos para acceder a la interrupción del embarazo en condiciones más seguras y sin ninguna justificación. Si bien en estos países el aborto era legal, en la práctica sólo se permitía en la mayoría de los casos bajo ciertas causales (peligro para la vida de la mujer, graves afectaciones a su salud y por malformaciones del feto). Esta situación se modificó cuando estos países se liberaron de la férula de la URSS, autorizaron el aborto a demanda de la mujer y garantizaron una oferta de MA. Al menos desde los años noventa, como sucede en Europa Occidental, se puede obtener un aborto legal, seguro y gratuito, en la etapa temprana de la gestación (en general hasta las 12 semanas), así como en etapas más tardías para las causales ya mencionadas. En este caso el proceso ha sido acompañado de una profesionalización de los proveedores y de las instancias de servicios de salud garantizados por el Estado.
- ii) Como resultado de la despenalización del aborto, se observa una divergencia y sobre todo un drástico cambio en la trayectoria de los niveles de aborto en un periodo de al menos 30 años (gráfica 5.6): se transitó de altas tasas de aborto, por arriba del 30 y 40‰ entre 1982 y 1996,¹² a un fuerte descenso y relativa estabilidad a partir de 1996, con tasas inferiores al 20‰, con excepción de Bulgaria y Estonia

¹² Con excepción de Checoslovaquia, Eslovaquia y Eslovenia con cifras menores.

GRÁFICA 5.6

Tasas de aborto legal en seis países de Europa Oriental en diferentes periodos



FUENTE: Elaboración propia con base en los datos del cuadro 5.3.

entre 1982 y 1996 que tuvieron tasas mucho más elevadas (Bulgaria entre 73 y 51‰, y entre 115 y 56‰ en Estonia), pero en este último es importante destacar la fuerte disminución de más de un cuarto de la tasa en el periodo (cuadro 5.3, al final del capítulo). En estos países se observan magnitudes más bajas en las tasas de aborto de las menores de 20 años y los mayores niveles en el grupo de mujeres de 25-29 años.¹³ La experiencia en estos países demuestra que la legalización por sí sola no implica la disminución de su prevalencia, pero sí conduce y contribuye a la realización de abortos seguros en los servicios de salud. Además, requiere a corto y mediano plazos de una amplia, eficiente y continua oferta anticonceptiva como parte de una compleja transformación cultural, para pasar de la “cultura del aborto” (como único medio para tener el número de hijos deseados o para posponer los embarazos) a una “cultura preventiva”, en la que sigue prevaleciendo el derecho de las mujeres al aborto seguro y oportuno.

- iii) La intensa y rápida disminución de la mortalidad materna cuyos niveles se redujeron a la mitad o más de la mitad entre 1990 y 2005, alcanzando menos de 21 por 100 000 nacidos vivos en 2010, aun con fuertes diferencias en el ritmo de disminución entre los países (UNFPA *et al.*, 2012). Según Ahman y Shah (2011), en Europa del Este el nivel de mortalidad materna por aborto inseguro se redujo de 20 por 100 000 nacidos vivos en 1990, a 10 en 1997 y 2-3 en 2003-2008, cifra esta última que representa el 11% del total de muertes maternas en 2008. Como señalan Hodorogea y Comendant (2010), esta reducción se atribuye a la mejoría de la situación socioeconómica, a un mayor número de abortos en etapas tempranas del embarazo, a una mejor capacitación de los proveedores de salud, a la implementación de técnicas de aborto más seguras. Consideran, además, que en algunos de los países de esta región prevalecen todavía situaciones de riesgo, ya que algunas mujeres recurren a abortos inseguros, autopRACTICADOS

¹³ El porcentaje para el primer grupo es de 8% del total de abortos y de 25% para el grupo de 25-29 años (Sedgh *et al.*, 2011).

o practicados por profesionales no cualificados en condiciones no-médicas, y debido a la frecuencia de abortos en el segundo trimestre del embarazo.

- iv)* El tránsito de una cobertura anticonceptiva ineficiente y limitada, centrada principalmente en métodos tradicionales de menor efectividad, a una prevalencia moderada y alta, pero de mayor seguridad, de métodos modernos. La trayectoria anticonceptiva en estos países, como señala Blayo (1991), muestra que la disminución de la fecundidad hasta finales de la década de los noventa se apoyó todavía y esencialmente en el recurso del aborto. La lógica prevaleciente de recurrir a esta práctica y la menor difusión de la anticoncepción moderna significa, como advierten Bajos *et al.* (2003), que las políticas de salud implementadas hasta esa década favorecieron más la interrupción del embarazo que la prevención de embarazos no deseados. Es importante recordar que en esos años no sólo era escasa o inexistente la gama de métodos modernos —debido a su limitada producción local y restricciones en su importación—, sino que también prevalecía una carencia de servicios especializados y una insuficiente profesionalización de los prestadores de servicios de salud en materia de planificación familiar (Bajos, Guillaume y Kontula, 2004). Cómo se muestra en el cuadro 5.3a, al final de este capítulo, la prevalencia de MA modernos aumentó, mientras que disminuyó la de métodos naturales, aunque se mantiene entre 10 y 24% en estos países; la píldora, el DIU y el condón los han reemplazado.

Tercer escenario: la persistencia de marcos legales altamente restrictivos en América Latina

En América Latina las condiciones socioeconómicas, las crisis económicas, el cambio acelerado de los patrones culturales que han repercutido, por ejemplo, en una mayor participación de la población femenina en actividades extradomésticas, en un menor tamaño de la descendencia por la separación de la sexualidad de la procreación desde las últimas décadas del siglo XX, así como un

deseo cada vez más generalizado por alcanzar un mejor nivel de vida, han llevado a las mujeres a plantearse la necesidad de recurrir a la PF (Guillaume y Lerner, 2007). La fecundidad ha registrado un descenso importante pero que, en la mayoría de los países, es limitado e insuficiente en la población de jóvenes y adolescentes y también en las clases sociales desfavorecidas, como las indígenas, sin instrucción, etc. Las dificultades de acceso a los servicios de salud por razones económicas o por falta de información, las barreras de acceso a las mujeres jóvenes y solteras, a pesar del desarrollo de los programas de PF, explican en gran medida estas diferencias. Es importante señalar asimismo la reticencia al uso de métodos como la anticoncepción de emergencia (considerada erróneamente como un abortivo), o de métodos hormonales, por la influencia de grupos conservadores como la Iglesia católica.

En los países con marcos legales restrictivos, como es el caso de la mayor parte de América Latina, las estimaciones disponibles sobre la magnitud del aborto y de su impacto en la mortalidad materna son insuficientes y limitadas. La diversidad de los datos, la incompleta, deficiente y errónea calidad de la información disponible, el estigma y temor a declarar que se recurrió al aborto, dificultan el análisis de la situación y de la trayectoria prevalente en estos países. La información con que contamos, por tanto, representa sólo un orden de magnitud y no una cifra exacta. Sin embargo, a partir de ella se evidencia claramente el fuerte contraste entre los niveles de las tasas de aborto inseguro en algunos de estos países con marcos legales restrictivos, y los que se dan, como ya vimos, en los países que tienen legislaciones liberales y permisivas.

Con base en la información disponible, la situación más reciente que prevalece en seis países de la región (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Perú) se caracteriza por:

- i) La persistencia de una legislación restrictiva y altamente diferenciada entre los países, con niveles de aborto mayormente inseguro que oscilan entre 22 y 52 por cada mil mujeres de 15-44 años:¹⁴ Perú y Argentina tienen las

¹⁴ Las referencias bibliográficas para cada país son: Perú (Ferrando, 2002),

tasas más altas (52‰, y entre 41 y 49‰, respectivamente), México y Colombia tienen niveles intermedios, aún elevados (33 a 38 y 39‰ respectivamente), mientras que Brasil¹⁵ y Costa Rica tienen los niveles más bajos (20.7 y 22‰ respectivamente).

- ii) El aborto inseguro sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna (MM), en la gran mayoría de estos países, pese a que sus niveles generales han disminuido paulatinamente (con tasas de 50 a 120 por cien mil nacidos vivos en 2010), la mortalidad por aborto se ubica entre las primeras causas (UNFPA *et al.*, 2012). En Argentina, el aborto es la primera o segunda causa obstétrica de MM; es la tercera causa de MM en Brasil (en promedio 8% del total de MM en los años 1992 a 2002, y 11% en 2002), y representa entre la tercera y quinta causa en Colombia (7%) y México (entre 7 y 11%). En Perú ocupa el cuarto lugar en las causas de MM.¹⁶ El caso de Costa Rica es una excepción en esta región.

Es importante subrayar que el creciente uso del misoprostol como método para recurrir al aborto ha contribuido a reducir los niveles de mortalidad y morbilidad materna, ya que las complicaciones que puede conllevar su uso correcto son menos graves que con otros métodos tradicionales y, aun en ocasiones, que con los quirúrgicos (Victoria *et al.*, 2011).¹⁷ El misoprostol es actualmente el principal o uno de los principales procedimientos utilizados para

Argentina (Mario y Pantelides, 2009), México (Juárez y Singh, 2013 y 2012 y Juárez *et al.*, 2008), Colombia (Prada *et al.*, 2011 y Sedgh, 2010), Brasil (Adesse y Monteiro, 2007; Cecatti *et al.*, 2010 y Monteiro y Adesse, 2006) y Costa Rica (Gómez-Ramírez, 2008).

¹⁵ Según los datos del Instituto Guttmacher, se estimaba la tasa de aborto en 36.5 por 1 000 en 1991 (Monteiro y Adesse, 2006).

¹⁶ Las referencias bibliográficas de estos datos en los países citados son: Argentina (Romero *et al.*, 2013), Brasil (Rede Feminista de Saúde, 2005; Victoria *et al.*, 2011), Colombia (Carrillo, 2007), México (Schiaffon, 2012), Perú (Guzmán y Monzón, 2013) y Costa Rica (Gómez-Ramírez, 2008).

¹⁷ También es posible suponer que el uso del misoprostol ha contribuido al subregistro del número de abortos, y por ello incidido posiblemente en la reducción de las estimaciones sobre la magnitud de los mismos.

inducir los abortos en situación de ilegalidad por los profesionales de la salud o por las propias mujeres, como sucede en México, Colombia, Chile y Brasil (Prada *et al.*, 2012; Juárez *et al.*, 2013; Costa, 1998; Sherris *et al.*, 2005). Cabe notar que este procedimiento puede llevar a un irregular o mayor subregistro.

- iii) La creciente, elevada e irregular prevalencia de métodos anticonceptivos modernos que se observa en la primera década del siglo XXI con proporciones que varían entre 30 y 80 % de mujeres unidas en edades reproductivas, contrasta con países en desarrollo de otras regiones. También hay diferencias en cuanto a niveles de prevalencia y principal tipo de método usado. Las estimaciones más recientes de Naciones Unidas (United Nations Population Division, 2012) para Perú muestran bajos niveles de prevalencia de métodos anticonceptivos modernos (50%) y un uso importante de métodos tradicionales (alrededor de un cuarto de usuarias). En Argentina, cerca de dos terceras partes de las mujeres unidas declaran usar un método moderno de anticoncepción (la pastilla hormonal, aunque en mayor medida seguida del condón). Similar situación se encuentra en México, pero con una mayor frecuencia de la esterilización, patrón que también se observa en Colombia, Brasil y Costa Rica, en los cuales este procedimiento ocupa el primer lugar con cerca de una tercera parte de las mujeres que recurren a él (véase el cuadro 5.4, al final de este capítulo).

Es importante agregar, sin embargo, que las evidencias empíricas representan el promedio nacional, que esconde los fuertes rezagos de la práctica anticonceptiva entre los grupos de la población que viven en condiciones vulnerables y marginales, en particular entre las adolescentes y jóvenes (la mayoría de ellas usa condón, método con elevadas fallas, y es muy frecuente la ausencia de protección en su primera relación), las indígenas y las que residen en contextos marginales, que son además los grupos con mayores obstáculos y limitaciones para acceder a los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos modernos, y quienes han

estado mayormente expuestas a violaciones sexuales. En este contexto hay que enfatizar el elevado peso de los abortos inseguros y clandestinos.

México: una situación contrastante

Aunque incluimos el caso de México en el tercer escenario, trazamos aquí ciertas particularidades ante los efectos de la despenalización del aborto en el Distrito Federal.

El caso mexicano es muy relevante para ilustrar la magnitud de la práctica del aborto y algunas de sus graves consecuencias en la mortalidad y morbilidad materna ante un marco restrictivo, atrasado respecto del de países desarrollados, y en un país de grandes desigualdades socioeconómicas. Los principales datos sobre la práctica del aborto en México provienen de los estudios de Juárez y Singh realizados en 1990, 2006 y 2009 (Juárez *et al.*, 2008; Juárez y Singh, 2013) con el método de estimación del Aborto por Complicaciones (AICM), método que según estas autoras “proporciona solamente una estimación de la incidencia de aborto y no una medida exacta” (Juárez y Singh 2013: 33). Entre las tres fechas consideradas, estiman un aumento del número de abortos efectuados, de 533 098 en 1990, a 847 747-975 495 en 2006 y una cifra aún mayor en 2009, 1 025 669, cifras que representan altas tasas de 25‰ en 1990, 33‰ en 2006 y 38‰ en 2009. Según estas autoras, la práctica del aborto es más frecuente en las jóvenes, unidas y no unidas, sexualmente activas de menos de 25 años, lo que es un claro indicio de que estas mujeres retrasan la primera maternidad en un contexto de uso limitado de la anticoncepción moderna a estas edades, en particular entre las de 15-19 años.¹⁸

También se observan importantes diferencias en la tasa de aborto según los distintos niveles de desarrollo entre regiones

¹⁸ De acuerdo a las estimaciones existentes en este año, las tasas de aborto más altas se observaron en las mujeres de 20-24 y en las adolescentes (65 000 y 44 000, respectivamente; Juárez *et al.*, 2013). Un estudio reciente muestra que estudiantes de educación media en el D.F. y en Nuevo León declararon haber tenido un aborto cuya incidencia era del orden de 68.1 y 70% respectivamente (Menkes, 2015).

(Juárez *et al.*, 2013): las tasas más altas se encuentran en las regiones más desarrolladas, donde hay un porcentaje mayor de grupos de población en condiciones marginales, con bajos niveles educativos, limitado acceso a los servicios de salud y diversas creencias, dogmas y actitudes sociales y culturales. Respecto a la mortalidad y morbilidad materna, Schiavon *et al.* (2013) estiman que los abortos espontáneos e inducidos en el país representan entre 6 y 8% de las defunciones maternas en las dos últimas décadas, con 1 786 muertes maternas de las 124 805 totales entre 1990 y 2008 (Schiavon, Troncoso y Polo, 2012). Asimismo encuentran dentro de las 1 604 976 hospitalizaciones por aborto, 771 muertes maternas entre 2000 y 2008, lo que equivale a una tasa de hospitalización por aborto de 5 por 1 000 mujeres que recurren a los servicios de salud, la cual varía entre 3.7 y 11.3‰ según el estado en el país. Con base en sus resultados sostienen que la asociación inversa entre una tasa de hospitalización baja y una alta tasa de casos de defunción por aborto sugiere que cuando las mujeres tienen un mayor acceso a servicios de salud de calidad, tienen una alta probabilidad de sobrevivir a un aborto inseguro. La penalización impacta pues sobre todo en la población más pobre, que constituye la mitad del país: son las mujeres de menores recursos las que corren más riesgos para su salud y su vida.

La experiencia de la interrupción legal del embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación en el D.F., que se vio acompañada de la adecuación de centros de salud pública altamente profesionalizados para atender a las mujeres que lo soliciten, es sin duda un claro testimonio de los importantes efectos de la despenalización del aborto. Cabe destacar cuatro resultados sumamente relevantes de este programa: la despenalización no obliga a las mujeres a realizarse un aborto, por el contrario, les ofrece la opción de decidir libremente continuar con su embarazo; posibilita reducir los niveles de MMM por aborto; promueve y garantiza la libre elección de MA seguros y eficaces, acciones que contribuyen a reducir la reincidencia de abortos. En efecto, de las 140 461 mujeres que acudieron a realizarse un aborto entre finales de abril de 2007 hasta abril de 2015, 13.9% “no acudieron a realizarse la ILE después de una solicitud formal”; sólo 10.7% de las mujeres que acudieron a estos centros de salud no aceptó una anticoncepción post-ILE y, más aún,

sólo un 5% de las mujeres se han realizado más de una ILE, lo que indica una reducida reincidencia del procedimiento (GIRE, 2015). En cuanto a sus efectos sobre la vida y salud, cabe destacar que sólo se registró una defunción y 33 casos de complicaciones post-aborto en los siete años del programa (GIRE, 2014).

En cambio, ante la ilegalidad y penalización del aborto que prevalece en el resto del país, excepto bajo las causales legales que lo autorizan, las opciones y consecuencias para las mujeres son: la imposición de seguir un embarazo no deseado o de interrumpirlo en condiciones clandestinas con altos riesgos y con el temor de ser penalizadas en caso de recurrir a los servicios de salud para ser atendidas por las complicaciones de los abortos inseguros, y de ser criminalizadas, con graves consecuencias en su salud y su vida y las de sus familias, penalización que se extiende a los profesionales de la salud que los llevan a cabo.

A la luz de las amplias evidencias que hemos presentado para trazar estos escenarios, veamos a continuación las diversas y contrastantes lecturas que hacen de ellas los exponentes de ambas posiciones para apoyar la despenalización del aborto o rebatirla.

LOS ARGUMENTOS DEL DEBATE

La incidencia del aborto y su estatuto legal

En el debate acerca de la despenalización del aborto en el D.F., ambas partes se refirieron a la relación entre la prevalencia y los cambios en la magnitud del aborto y los diversos marcos legales existentes. Para sustentar sus argumentos aludieron a las evidencias empíricas disponibles, proporcionadas y avaladas por los análisis realizados por organismos internacionales y nacionales. La diferencia fundamental entre ambas posiciones reside en la manera de entender e interpretar dichas evidencias para construir su estrategia discursiva. Así, quienes favorecen la despenalización argumentaron con base en evidencias como las que hemos expuesto, mientras quienes se oponen a ella buscaron rechazarlas para negar el impacto positivo de la despenalización para reducir los niveles de aborto, de muerte y morbilidad materna, y para mejorar las con-

diciones de salud física y mental de las mujeres, para brindarles el acceso a los servicios de salud y de PF, y por tanto para prevenir los embarazos no deseados.

En contra: la despenalización no resuelve los problemas

La estrategia discursiva del grupo que se opone a la despenalización se focaliza en intentar mostrar la ausencia de relación, y por tanto de impacto, entre la despenalización y los cambios —incremento o disminución— en los niveles de aborto. En sus propias voces, señalan que:

No existe la suficiente evidencia para determinar que habrá un aumento en el número y tasa de abortos después de su despenalización, pero tampoco la hay para estimar que habrá una disminución en el corto, mediano o largo plazos [HJLS, 233].

Las condiciones para la disminución del aborto, a través de políticas públicas, sólo pueden entenderse si existe la suficiente evidencia de que los embarazos no deseados también disminuyen. Es decir, que la mujer no tenga que plantearse la posibilidad de un aborto [HJLS, 235].

La interpretación acerca de las evidencias que muestran los cambios en el número y tasa de aborto es inexacta y confusa, ya que refleja un desconocimiento de los factores que inciden en los cambios de los datos y por lo tanto su conclusión es inconsistente. En el caso del registro de abortos inducidos en países con leyes restrictivas que lo penalizan, criminalizan y estigmatizan, el subregistro es una constante. Además, como señala acertadamente Juárez (2008: 43), es importante considerar que: “Al darse la legalización (la despenalización) del aborto, generalmente se reporta un ligero incremento en la tasa de éste, seguido posteriormente por una caída continua, hasta lograr niveles muy bajos. Esta ligera alza se debe a que al ocurrir la legalización del aborto los abortos clandestinos se tornan procedimientos legales y seguros y son captados por las estadísticas del sistema de salud”.

Por otra parte, ese mismo ponente opuesto a la despenalización sustenta su argumentación aludiendo a las evidencias que se observan en diferentes países de Europa. Por ejemplo, argumenta que en el caso de España, de acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad y de Consumo, desde la legalización en 1985, aumentaron las cifras de los niveles de aborto: “Desde 1985 ha existido un incremento anual que, en los últimos 5 años ha supuesto alrededor de 50%” (HJLS: 233).¹⁹ Asimismo, citando los hallazgos de un artículo publicado en *The Lancet* (2007),²⁰ que compara la evolución de las tasas de aborto entre 1996 y 2003 en Europa, señala que únicamente dos países, Dinamarca y Noruega, tuvieron una disminución de sus tasas, mientras que han permanecido estables en Alemania y han aumentado en Suecia, Inglaterra, Finlandia, Francia, Países Bajos y Bélgica. De ahí concluye que: “la despenalización del acto de abortar conjuntamente con la cobertura gratuita por el Estado no han redundado necesariamente en su disminución” (HJLS: 233). Aquí cabe advertir que la interpretación de los datos y la conclusión son imprecisas, ya que al analizar la trayectoria legal del aborto de estos países europeos, entre 1996 y 2003 (cuadro 5.2, al final de este capítulo), como ya observamos, los cambios en los niveles de aborto, de aumento o disminución en los países señalados, muestran diferencias en casi la totalidad de países, de entre 1 y 2 puntos porcentuales en siete años, lo que en estricto sentido nos habla de una estabilización de los niveles de aborto, fenómeno que señalamos en el primer patrón del segundo escenario que expusimos. Lo que en estos casos cabe destacar (y omiten los que están en contra de la despenalización) son las bajas tasas de aborto en estos países (entre 6 y alrededor del 20‰ en 2010), que, como indicamos antes, obedecen en gran medida a la larga experiencia de la despenalización del aborto, acompañada de una prevalencia anticonceptiva elevada y efectiva y del libre acceso de las mujeres a los servicios de salud de calidad para interrumpir su embarazo no deseado, lo que ha repercutido,

¹⁹ Véanse los comentarios sobre los cambios en España en la nota 9.

²⁰ Cabe aclarar que la información a la que se refiere el ponente (HJLS) es la publicación de *International Family Planning Perspectives*, 2007 (vol. 33-3: 106-116), ya que no hay ningún artículo en *The Lancet*, 2007.

como también mostramos, en las menores o casi nulas tasas de mortalidad por aborto en estos países.

Por otro lado, la simple comparación entre países de América Latina que mantienen legislaciones muy restrictivas y muestran niveles contrastantes y muy altas tasas de aborto inseguro que se sitúan entre 37 y 32‰ entre 1995 y 2008, para el conjunto de la región, nos ilustra acerca del impacto de la penalización en los niveles de aborto (cuadro 5.1, al final de este capítulo). Sin embargo, lo que debe subrayarse, y nuevamente desconocen los conservadores, es la inmensa diferencia, que ya hemos apuntado, en las tasas de aborto inseguro en los países desarrollados y en los países en desarrollo, siendo en estos últimos donde además se observa la elevada persistencia de este tipo de aborto en esos años.²¹ En el discurso conservador se omiten estas contrastantes evidencias, ya que muestran claramente que la penalización del aborto tiene un muy fuerte impacto en la seguridad del procedimiento y por tanto conlleva mayores y elevados niveles de mortalidad y morbilidad materna por aborto inseguro, sobre todo para las mujeres de estratos marginados. Asimismo, cabe recordar aquí los cambios en la trayectoria del aborto en los países de Europa del Este, puesto que, como ya vimos, se dio ahí una fuerte disminución de los niveles de aborto entre 1996 y 2010 (cuadro 5.3), gracias a los cambios en su marco jurídico, y sobre todo a posibilitar un amplio acceso de las mujeres a servicios de PF, a métodos anticonceptivos modernos (cuadro 5.3a) y a procedimientos más seguros para la interrupción del embarazo, como es el uso correcto del misoprostol.

De acuerdo con su interpretación, otro recurso de los grupos anti-despenalización es afirmar que ésta no es necesaria. Por ejemplo, el mismo expositor señala que en el caso de México las evidencias muestran que:

Ha habido una disminución constante en el número de abortos (sean los llamados abortos seguros y los inseguros) y esto ha ocurrido sin

²¹ Como señalamos anteriormente, mientras que en 2008 en los países de Europa del Norte, Sur y Oeste y en los de América del Norte la proporción de abortos inseguros fue de < 0.5%, en los países en desarrollo fue de 97% en África, 95% en América Latina y 40% en Asia, en 2008.

la despenalización abierta que establece, en el caso del Distrito Federal, 12 semanas como plazo para abortar independientemente de la causal (HJLS, 234, negritas en el original).

Para sustentar este argumento utiliza datos del Consejo Nacional de Población (Conapo) que muestran una tendencia a la disminución, tanto del número de abortos entre 1985 y 1997 (de 230 000 abortos anuales entre 1985 y 1987 a 196 000 entre 1995 y 1997), como también del porcentaje de mujeres que abortaron, lo que le lleva a concluir que esta disminución ha ocurrido sin que se dieran cambios en la legislación restrictiva del país. Cabe señalar aquí que estas estimaciones, basadas en el modelo de Bongaarts, han sido altamente cuestionadas por los sesgos de éste y porque utiliza datos de encuestas en las cuales la subestimación del número de abortos es muy elevada (Rossier, 2003). La simple comparación del número de abortos que se han practicado a raíz de la reforma en los hospitales públicos del D.F. (140 461 entre 2007 y 2015) es indicativa de la subestimación del modelo utilizado. En efecto esta cifra, que da un promedio anual de 17 000 abortos, no incluye a las mujeres que recurren al aborto fuera de las instalaciones del D.F., por lo que el promedio de abortos anuales en el ámbito nacional, que se deriva de aquel modelo, es inverosímil, más aún si se tienen en cuenta las estimaciones más recientes de Juárez *et al.*, que mencionamos antes.

Adicionalmente, la argumentación que plantea que habrá claras evidencias de la disminución del aborto “cuando la mujer no tenga que plantearse la posibilidad de un aborto”, sugiere una falta de comprensión de la realidad, en particular de las condiciones y causas que subyacen a la decisión de las mujeres de interrumpir su embarazo. En efecto, aunque podamos coincidir con este deseo, se sabe que incluso con adecuadas y oportunas políticas públicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, como las que prevalecen en los países desarrollados de Europa, el aborto se ha dado a lo largo de la historia de la humanidad y nunca podrá ser eliminado: no hay métodos modernos 100% efectivos ni garantía de que las condiciones que llevan a una mujer a optar por la maternidad o por el aborto cambien radicalmente. Por lo tanto, habría que reiterar y enfatizar, por el contrario, que la disminución

del aborto se logrará cuando la mujer tenga acceso a MA modernos, efectivos y correctamente usados, cuando se reduzcan los embarazos no deseados, principalmente por violencia (acoso sexual y violación), y cuando la mujer tenga la posibilidad de recurrir a un aborto con procedimientos seguros, en caso de que lo necesite para salvar su vida o evitar graves riesgos a su salud y para tener una vida humana digna. En efecto, como hemos visto para el caso de Europa Oriental, se logra reducir el aborto y su reincidencia cuando se impulsa un mayor uso efectivo de métodos anticonceptivos modernos, y el aborto no está penalizado. Ésta es una de las características de la despenalización del aborto en el D.F. A la vez, como ya lo señalamos, ningún método es infalible, por lo que el acceso al aborto legal y seguro debe permanecer, como sucede en Europa en general. Cabría preguntar a quienes defienden la penalización del aborto, y con frecuencia se oponen también a la educación sexual y a los programas de PF, ¿qué opciones ofrecen entonces a las mujeres que no optan por continuar con el embarazo y recurren al aborto para lograr tener una vida saludable y digna? ¿Es la adopción la única opción para adolescentes y niñas que enfrentan un embarazo impuesto?

A favor: la penalización agrava los problemas

La argumentación del grupo a favor de la despenalización considera el otro lado de la moneda: busca evidenciar que la penalización por sí sola no conduce a una reducción del número de abortos y pone el acento en sus consecuencias negativas.

En primer término, rechaza uno de los principales argumentos a favor de la penalización; la señala como falsa solución y recurre a fuentes científicas que así lo demuestran:

[...] la penalización es inefectiva para reducir el número de abortos. [...] Mientras el contexto legal NO afecta el número de abortos inducidos, SÍ impacta significativamente en la seguridad del procedimiento [RS, 121].

[En relación con las evidencias para América Latina y el Caribe proporcionadas por la OMS o el Conapo, en México] “Cualesquiera que

sean las cifras reales, estos datos nos muestran que las leyes que prohíben el aborto no lo detienen; si éstas pretenden tener efectos disuasorios, es claro que no los tienen, pues las mujeres igualmente abortan [GOM, 85].²²

Como ya se ha visto, en los países de América Latina que han penalizado el aborto en cualquier circunstancia, la tasa total de aborto es más alta y no ha logrado detener la recurrencia de abortos inseguros; en cambio, en países de Europa Occidental y Oriental, o de América del Norte, donde el aborto se autoriza a petición de la mujer y está acompañado de un amplio acceso a procedimientos seguros en los servicios de salud, la tasa de aborto general es más baja y se ha estabilizado, y son casi inexistentes los abortos inseguros.

Contra quienes afirman que con la despenalización aumentan los abortos, también se argumenta con base en evidencias que muestran que, tras un aumento inicial debido al registro que con anterioridad era deficiente e incompleto, los abortos disminuyen hasta tasas bajas:

En países donde el acceso al aborto está restringido, las tasas de aborto inducido son superiores a las de aquellos en los que el procedimiento es una práctica legal. [...] La prohibición y restricción del aborto no conlleva una reducción en su frecuencia [FJC, 39 y 40].

Estos exponentes fundamentan sus argumentos con base en una lectura rigurosa y consistente de las robustas evidencias empíricas que muestran los contrastes entre países con marcos legales restrictivos y países donde el aborto es legal. Con base en los estudios de Henshaw (2003) y Deschner y Cohen (2003), comparan los altos niveles de aborto inseguro entre los países en desarrollo de África, Asia y América Latina, con los bajos niveles en países desarrollados (con datos que también se incluyen en el cuadro 5.1, al final de este capítulo), y muestran la amplia, persistente y estable trayectoria anual de los números y tasas de aborto en algunos

²² Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, que no fue presentado en las audiencias.

países de Europa (Dinamarca, Holanda e Italia) a partir de la despenalización del aborto. Estos datos permiten concluir que, contra lo que afirman los conservadores, la penalización del aborto no reduce su número y por tanto es ineficaz. Además, como hemos reiterado, afecta la seguridad del procedimiento al obligar a las mujeres a recurrir a abortos clandestinos en condiciones de alto riesgo que amenazan su salud o su vida, o ambas.

La mortalidad y morbilidad por aborto y su estatuto legal

Los estudios en torno a la despenalización también muestran la reducción de MM por aborto cuando es legal y está acompañada de procedimientos seguros. Sin embargo esta relación tampoco deja de ser objeto de disputa.

En contra: la despenalización no evita muertes

Consecuente con su postura e interpretación acerca de los cambios en la incidencia del aborto en países que lo han despenalizado, el grupo que se opone a la despenalización también desconoce y niega que la legalización del aborto contribuye a una reducción de los niveles de mortalidad materna y omite considerar sus efectos sobre la morbilidad materna, salvo cuando se refiere a las implicaciones en la salud mental de las mujeres que abortan, tema este último que analizamos en el capítulo 8. Más que presentar argumentos, hacen afirmaciones que descalifican los hallazgos de los estudios, como las siguientes:

Es un error asumir que la legalización del aborto es necesaria para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna en los países en desarrollo y que, de hecho, sea un factor relevante para alcanzar este objetivo. [...] Si se hace un análisis comparado de las legislaciones de los países relativas al aborto y las tasas de mortalidad materna, se encuentra que no existe una correlación estadística ni bases científicas para afirmar que a mayor liberalización de la legislación con respecto al aborto, exista una disminución de la mortalidad materna [HJLS, 235 y 236].

Como puede notarse, estas afirmaciones contradicen lo que sugieren los datos de los países desarrollados con una larga historia de acceso legal al aborto, donde ya en algunos casos la MM por aborto es tan reducida que no se incluye en las estadísticas.

Por otra parte, afirmaciones de este tipo se mezclan con observaciones generales que sin duda son válidas, como la necesidad de mejorar todo el sistema de salud, pero que no son argumentos contra la despenalización, sino al contrario, pues de hecho la despenalización aunada a un mejor sistema de salud ha permitido una reducción de abortos, sobre todo inseguros, así como en los niveles generales de MM, como es el caso de Europa.

También hacen afirmaciones que, como en otros casos, funden la realidad del aborto legal y el clandestino para rechazar cualquier argumento a favor de la despenalización:

Es falso que en nuestro país anualmente miles de mujeres pierdan la vida por abortos mal practicados. [...] Además, existen evidencias preocupantes de que las repercusiones del aborto son altamente significativas en contra de la salud y la vida de las mujeres que abortan [EGV, 212].

La cita anterior es un buen ejemplo de un discurso donde se mezclan verdades a medias y alusiones para confundir: por un lado es verdad que no hay miles y miles de muertes por abortos clandestinos en nuestro país, pero cualquiera que sea su número, son muertes evitables; por otro lado, las “significativas” repercusiones no deben atribuirse al “aborto” en sí, sino al aborto inseguro y clandestino, como lo ilustran los datos para América Latina o África. ¿Acaso son necesarios cientos o miles de muertes para probar los riesgos del aborto inseguro en la salud y vida de las mujeres que abortan? ¿No son estas muertes, independientemente de su magnitud, evidencias preocupantes y relevantes que inciden en la salud y vida de las mujeres y de sus familias?

Lo que sucede aquí es común a otras intervenciones. Cuando los conservadores presentan evidencias acerca de los efectos de las legislaciones restrictivas en los niveles de MMM por aborto, tienden a interpretar los datos de manera inexacta. Por ejemplo, señalan que existen países con leyes restrictivas que registran altas tasas

de aborto y bajos niveles de MM, citando como ejemplo a Argentina, Chile²³ y Costa Rica, en los cuales se ha dado una disminución de estas tasas. Sin embargo, pasan por alto que en éstos y en la mayoría de países de América Latina, una de las principales causas de MM (alta o baja) sigue siendo el aborto inseguro, como observamos anteriormente. De acuerdo con la OPS (2012), en 2007 el aborto seguía siendo la primera causa de MM en Argentina, Chile y Uruguay, y la tercera en cuatro países: Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela.

Por otra parte, las estimaciones más recientes de la OMS (2007 y 2011) nos proporcionan más elementos para discutir esos argumentos. Si bien se ha reducido el número de muertes maternas por abortos inseguros en el ámbito mundial (69 000 en 1990, 67 900 en 2000, 56 000 en 2003 y 47 000 en 2008 (WHO, 2011)), se constata que la proporción de éstas ha permanecido constante, en torno a 13% de MM, lo que representa una de cada ocho. Más importantes aún son los indicadores que explican las brechas entre países con leyes permisivas y países con leyes restrictivas. Por ejemplo, como ya indicamos, mientras que para los primeros la proporción de mujeres muertas por aborto inseguro se estima en 4%, para los segundos oscila en 2008 entre 13 y 14% en los países en desarrollo y los menos desarrollados (WHO, 2011). Asimismo, la tasa estimada de mortalidad materna por abortos inseguros es únicamente de 0.7 por cien mil nacidos vivos en los países desarrollados, y llega a 30 en los países en desarrollo y a más del doble (80) en los países menos desarrollados, donde suele prevalecer legislación restrictiva. Las evidencias acerca de la letalidad del procedimiento muestran también impactantes contrastes: mientras que en los países desarrollados fallecen 30 mujeres por cada 100 000 procedimientos, en países en desarrollo se estiman en 220, con fuertes variaciones entre regiones, y 470 para los países menos desarrollados (WHO, 2011).

²³ En su artículo sobre la MM en Chile, Donoso Siña (2004) confirma la reducción de la MM en este país, pero señala que el aborto fue la segunda causa de mortalidad materna, y que la disminución de las defunciones por aborto está vinculada a la reducción de la fecundidad, debido al amplio uso de anticonceptivos, al mejor manejo de las complicaciones, y al uso popular del misoprostol como producto abortivo. Además agrega que se ignora la cifra real de abortos: la última estimación de 1990 da una cifra de 160 000.

La argumentación de algunos parece más moderada cuando señalan que uno de los principales factores para la reducción de las tasas de MMM está altamente vinculado con las políticas en el ámbito de la salud. Aquí retoman un planteamiento de la OMS, pero sólo de manera parcial. Esta organización en efecto afirma la importancia de mejorar las políticas de salud para reducir las MMM, pero añade que: “sí es posible evitar la totalidad de las 68 000 muertes [de las cuales menos de 60 corresponden a países desarrollados, con leyes permisivas], así como la incapacidad y sufrimientos que resultan de abortos inseguros. Ello no es sólo una cuestión de cómo los países definen qué es legal o no, sino también consiste en garantizar el más amplio acceso de las mujeres a los servicios por aborto o post-aborto permitidos por la ley mediante servicios de buena calidad y sensibles” [OMS, 2005: 52; traducción nuestra].

El problema entonces, como ya lo planteamos, es que la visión conservadora no acepta que las muertes por aborto inseguro son evitables, y por tanto no admite que la despenalización contribuye a disminuirlas en la medida que hace posible que las mujeres tengan acceso a los servicios públicos de salud, sin ser estigmatizadas y maltratadas física ni psicológicamente.

A favor: la despenalización reduce riesgos y daños evitables

En contraste con este tipo de afirmaciones, la estrategia discursiva de quienes apoyan la despenalización sí tiene en cuenta las consecuencias de las leyes restrictivas, destaca los riesgos asociados al aborto ilegal y a las condiciones adversas en que se practica, y retoma las evidencias científicas que ya hemos mencionado.

Así por ejemplo, en contraste con los planteamientos que acabamos de analizar, se hace hincapié en los principales factores que inciden en la MMM por aborto, entre los cuales están el marco legal, el profesionalismo de los proveedores de salud y las condiciones de acceso a los servicios de salud.

Un aborto realizado en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, dentro de un marco de legalidad y por personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres, en términos de mortalidad y de morbilidad a corto, mediano y largo plazo sobre la salud física y mental de las mujeres [RS, 119, cursivas en el original].

Como puede verse, aquí se plantea una visión integral del problema; podríamos decir: se reconoce que las muertes por aborto son evitables; se señalan las causas que provocan las complicaciones, teniendo en cuenta el marco legal y sus efectos en cuanto a salud y a estigma social. Se pone énfasis en la necesidad de servicios de salud de calidad. A partir de ahí puede proponerse, en un lenguaje claro y sin estridencias, la despenalización como una solución adecuada dentro de un sistema de salud de calidad, teniendo en cuenta los estudios globales que ya hemos mencionado:

la alta mortalidad y morbilidad materna asociada con el procedimiento de aborto en países con legislación restrictiva es un fenómeno ampliamente reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública. El acceso a servicios legales y seguros prácticamente elimina las complicaciones del periodo posaborto y como consecuencia se reducen las muertes maternas por esta causa [FJC, 46].

Así, a diferencia de las voces que usan a medias o malinterpretan los resultados de estudios rigurosos porque, como idea fija y eje de sus argumentos, rechazan el aborto en cualquier caso, quienes reconocen la necesidad de evitar muertes y morbilidad maternas, trazan un vínculo claro entre una parte significativa de éstos y el aborto inseguro y no dudan en plantear que, lejos de dañar a las mujeres, el acceso al aborto legal y seguro es uno de los procedimientos en el campo de la obstetricia y ginecología más seguros y representa un medio para contribuir a la salud y bienestar de las mujeres y, en este caso, reducir la muerte materna, tema que ampliamos en el capítulo siguiente.

Como se ha visto, pese a la dificultad para obtener datos más exactos acerca de la incidencia de abortos clandestinos y sus consecuencias en la mortalidad materna, existen en los ámbitos mun-

dial, regional y nacional estudios lo bastante confiables acerca de las relaciones entre el marco legal y las características y secuelas del aborto inseguro. Por ello, es de lamentar que se usen de manera sesgada algunas de las evidencias de esos estudios, en el afán de “demostrar” que el aborto (en general, no sólo el inseguro) no resuelve los problemas de salud y de salud pública. Si lo que importa es la salud, es preciso tener en cuenta lo que sí comprueba la investigación.

CUADRO 5.1
Tasa de aborto* total, seguro, inseguro y porcentaje de aborto inseguro según las diferentes
regiones del Mundo, 1995, 2003 y 2008

	1995			2003			2008		
	Total	Seguro	Inseguro	Total	Seguro	Inseguro	Total	Seguro	Inseguro
Mundo	35	20	15	29	15	14	28	14	14
<i>Países desarrollados</i>	39	35	4	25	24	2	24	22	1
<i>Países en desarrollo</i>	34	16	18	29	13	16	29	13	16
África	33	<0.5	33	29	<0.5	29	29	1	28
Asia	33	21	12	29	18	11	28	17	11
Europa	48	43	6	28	25	3	27	25	2
Oriental	90	78	12	44	39	5	43	38	5
Norte	18	17	1	17	17	<0.5	17	17	<0.5
Sur	24	22	3	18	15	3	18	18	<0.5
Occidental	11	11	<0.5	12	12	<0.5	12	12	<0.5
<i>América Latina</i>	37	2	35	31	1	30	32	2	31
El Caribe	50	27	23	35	19	16	39	21	18
América Central	30	<0.5	30	25	<0.5	25	29	<0.5	29
América del Sur	39	<0.5	39	33	<0.5	33	32	<0.5	32
<i>América del Norte</i>	22	22	<0.5	21	21	<0.5	19	19	<0.5

FUENTE: extracto de (Sedgh *et al.* 2012, 628).

* Tasas por mil mujeres de 15-44 años.

CUADRO 5.2

Tasas de aborto legal en países de Europa Occidental en distintas fechas

Países	Fecha de cambios en la legislación	Tasa de aborto*								
		1982	1988	1993	1996	2003	2008	2010		
Alemania**	1975-1992	na	na	7	8	8	7	6.1		
Bélgica	1990	nd	7	6	7	7	9	9.2		
Dinamarca**	1957-1970-1973	19	19	17	16	15	15	15.2		
Escocia	1967-1990	8	9	10	11	12	13			
España	1985-1995-2010	nd	3	5	nd	8	12	11.7		
Finlandia	1950-1978-1985-2001	13	17	10	10	11	11	10.4		
Francia***	1975-2001	18.2	15.4	14.3	14.2	14.3	14.5	14.8		
Inglaterra y Gales**	1967-1990	12	15	15	16	17	17	14.2		
Italia**	1978	20	14	12	11	11	10	10		
Noruega	1964-1975-1978	16	17	16	16	15	17	16.2		
Países Bajos	1984-2007	6	5	6	7	9	8	9.7		
Portugal**	1984-2007				nd	nd	9	9		
Suecia**	1974	19	21	20	19	20	21	20.8		
Suiza	2000	nd	nd	8	nd	7	7	7.1		

FUENTE: Henshaw, Singh y Haas 1999b; Sedgh *et al.*, 2011; United Nations, 2013.

na: no se aplica.

nd: no disponible.

* Tasa de aborto por mil mujeres de 15-44 años.

** Los datos de estos países corresponden a 2009 y no a 2008.

*** Según Mazuy, Toulemon y Baril, 2014; Rossier, Toulemon y Prioux 2009. Tasa por mil mujeres de 15-49 años.

CUADRO 5.2a

Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de Europa Occidental

País	Año	Edad*	Todos los métodos		OTB	Vasectomía	Píldora	DIU	Condón		Otros métodos	
			modernos	tradicionales					masculino	femenino	modernos	tradicionales
Alemania	1985	15-44	77.9	67.6	10.3	2.1	33.7	14.6	5.7	0.0	0.0	10.3
	1992	20-39	70.1	65.6	5.5	0.5	52.6	5.3	1.1	0.0	0.0	4.5
Bélgica	2001	15-49	75.6	74.0	—	—	47.5	7.6	—	18.9	—	1.3
	2004	15-49	74.6	72.9	—	—	44.8	9.7	—	18.4	—	1.5
Dinamarca	1988	15-44	78.0	72.0	5.0	5.0	26.0	11.0	22.0	0.0	0.0	6.0
España	1999	15-49	71.7	66.0	10.1	9.0	13.1	6.6	27.0	0.0	0.0	5.7
	2006	15-49	65.7	62.3	5.6	7.9	17.2	6.4	24.8	0.0	0.0	3.5
Finlandia	1977	18-44	80.0	77.2	4.0	0.8	11.2	28.8	32.0	0.0	0.0	2.8
	1989-1990	25-49	77.4	75.4	14.9	1.1	11.3	25.8	20.1	0.0	0.0	2.1
Francia	2000	18-44	81.8	76.5	—	—	43.8	21.9	4.7	5.5	—	5.3
	2004-2005	15-49	76.6	74.8	—	—	41.5	22.7	6.8	3.2	—	1.7
Italia	1979	18-44	78.0	32.7	0.8	—	14.0	2.3	13.3	0.0	0.0	45.3
	1995-1996	20-49	62.7	40.6	6.0	0.1	14.2	5.8	14.2	0.0	0.0	22.1
Noruega	1998	20-44	86.5	78.3	10.4	6.3	20.6	22.3	14.7	0.0	0.0	8.2
	2005	20-44	88.4	82.2	7.7	—	31.0	23.3	12.8	0.0	0.0	6.3

Paises Bajos	2003	18-45	67.0	65.0	4.0	8.0	41.0	4.0	8.0	0.0	2.0
	2008	18-45	69.0	67.0	3.0	7.0	40.0	8.0	9.0	0.0	2.0
Portugal	1997	15-49	78.8	70.4	1.0	0.5	47.8	7.7	11.4	—	8.4
	2005-2006	15-49	86.8	82.5	5.1	—	58.9	7.3	11.2	—	5.6
Suecia	1981	20-44	78.0	72.0	—	—	23.0	20.0	—	29.0	6.0
	1996	18-44	75.2	64.8	—	—	27.4	16.2	16.4	4.1	10.4
Suiza	1980		71.2	64.9	—	—	28.0	10.6	8.4	15.8	6.4
	1994-1995	20-49	82.0	77.5	13.8	8.3	34.1	6.0	14.2	0.0	4.5
Reino Unido	2007-2008	16-49	82.0	82.0	9.0	19.0	29.0	11.0	27.0	0.0	10.0
	2008-2009	16-49	84.0	84.0	8.0	21.0	28.0	10.0	27.0	2.0	8.0

FUENTE: United Nations, Population Division, 2012.

Datos disponibles de diversas encuestas realizadas en los países en distintas fechas.

CUADRO 5.3

Tasas de aborto legal de algunos países de Europa Oriental en distintas fechas

País	Fecha de los cambios en la legislación	Tasa de aborto*							
		1982	1988	1993	1996	2003	2008	2010	
Bulgaria	1956-1990	73	64	55	51	22	16	19.7	
República Checa	1957-1966-1986-1992	35	49	30	21	14	12	10.7	
Hungría	1953-1956-1992-2000	36	40	34	35	26	21	19.4	
Eslovaquia	1957-1986	30	43	32	20	13	11	13.9	
Estonia	1955-1998	115	-96	72	56	36	30	25.5	
Eslovenia	1952-1977-1991		37	27	23	16	12	11.5	

FUENTE: Henshaw, Singh y Haas, 1999b; Sedgh *et al.*, 2011; United Nations, Department of Economics and Social Affairs and Population Division, 2013.

* Tasa de aborto por mil mujeres de 15-44 años.

CUADRO 5.3a

Distribución porcentual de mujeres unidas según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de Europa Oriental

País	Año	Edad	Todos los métodos				Otros métodos				
			métodos modernos	OTB	Vasectomía	Píldora	DIU	Condón masculino	métodos modernos	Métodos tradicionales	
Bulgaria	1976	15-44	75.0	6.0	—	—	2.5	1.4	2.1	0	69.1
	1997-1998	20-44	63.4	39.6	—	—	10.7	10.6	16.7	0.4	23.8
República Checa	1993	15-44	68.9	44.9	2.7	0	8.0	15.3	18.7	0	24.1
	1997	15-44	72.0	62.6	7.2	5.1	23.1	13.9	12.7	0	9.5
Estonia	1994	20-49	70.3	56.4	—	—	3.9	35.9	16.1	0	13.8
Hungria	1986	15-39	73.1	62.3	0	0	39.3	18.6	3.5	0	10.7
	1992-1993	18-41	80.6	71.3	5.0	—	39.4	18.2	8.1	0	9.3
Eslovaquia	1991	15-44	74.0	41.0	4.0	—	5.0	11.0	21.0	—	33.0
	1997	15-44	79.8	65.6	4.7	—	22.3	12.8	25.8	0.0	14.2
Eslovenia	1970	15-44	70.6	14.2	—	—	8.4	4.6	1.2	0.0	56.4
	1994-1995	15-44	78.9	63.2	6.0	0.1	23.2	22.9	8.1	0	15.7

FUENTE: United Nations, Population Division, 2012.

Datos disponibles de diversas encuestas realizadas en los países en distintas fechas.

CUADRO 5.4

Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil según tipo de método anticonceptivo utilizado en algunos países de América Latina

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Edad</i>	<i>Todos los métodos</i>	<i>Métodos modernos</i>	<i>OTB</i>	<i>Vasectomía</i>	<i>Píldora</i>	<i>DIU</i>	<i>Condón masculino</i>	<i>Métodos tradicionales</i>
Argentina	2001	15-49	65.3	63.8	—	—	30.4	9.5	22.3	13.3
	2004-2005	15-49	78.9	69.9	5.8	—	20.4	8.4	32.9	9
Bolivia	1983	15-49	23.6	9.9	2.4	0.1	2.7	3.4	0.4	13.7
	2008	15-49	60.5	33.8	6.5	0.1	3.3	8.4	4	26.7
Brasil	1986	15-44	65.8	56.7	26.9	0.8	25.2	1.0	1.7	9.3
	2006	15-49	80.3	77.1	29.1	5.1	24.7	1.9	12.2	3.2
Colombia	1969	15-49	20.5	8.9	—	—	4.8	2.7	—	11.5
	2010	15-49	79.1	72.7	34.9	3.4	7.6	7.5	7	6.3
Costa Rica	1976	20-49	64.4	53.5	12.3	1.0	22.5	5.2	8.8	10.9
	2010	15-49	82.2	79.9	30	5.9	21.3	3.4	9	3.3
México	1976-1977	15-49	30.3	23.3	2.7	0.2	10.8	5.7	0.8	7.1
	2006	15-49	70.9	66.0	35.5	2.2	4.1	11.4	6.4	4.9
Perú	1969-1970	15-49	26	10	2.0	0.0	3.1	1.1	3.3	16
	2010	15-49	74.4	50.4	9.3	0.4	8.3	3.3	11.2	24.2

FUENTE: United Nations, Population Division, 2012.

Datos disponibles de diversas encuestas realizadas en los países en distintas fechas.

6

DEBATES EN TORNO A LA RELACIÓN ABORTO-SALUD

INTRODUCCIÓN

Hablar del aborto como una problemática en el campo de la salud ha sido una de las cuestiones de mayor y creciente importancia en el debate público nacional e internacional en torno a la despenalización o penalización de éste. Ya sea que se indague sobre las implicaciones del aborto en la salud física, mental y social de las mujeres, de su derecho a la salud, o de la responsabilidad y obligación del Estado para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva adecuados en el ámbito de la salud pública, se trata de aspectos íntimamente relacionados entre sí que abarcan y articulan múltiples y complejas dimensiones relacionadas con las normativas legales, médicas, culturales y políticas, con el ejercicio de los derechos humanos y, en particular, con las diversas e inequitativas condiciones sociales que prevalecen en el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Una mirada a la amplia literatura sobre el aborto nos permite afirmar que no hay un solo documento relacionado con la problemática del aborto, que no aluda a sus implicaciones en el ámbito de la salud y la vida de las mujeres.

Al considerar los argumentos expuestos por los grupos que están a favor o en contra de la despenalización del aborto y su relación con la salud de las mujeres, hay tres perspectivas fundamentales a partir de las cuales analizamos la lógica y los fundamentos de las posiciones antagónicas y que remiten a los siguientes interrogantes: ¿Es el aborto, seguro e inseguro, un problema que incide en la salud, bienestar y vida de las mujeres? ¿Representa el aborto seguro e inseguro un legítimo problema de salud pú-

blica? ¿Debe considerarse el acceso legal al aborto seguro como parte de un derecho a la salud de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y su autonomía sexual y reproductiva? Estas cuestiones, como señalamos en el capítulo anterior, son centrales en los postulados básicos de quienes están a favor de la despenalización del aborto y muestran las negativas consecuencias de legislaciones restrictivas en la salud de las mujeres. Los grupos que se oponen a la despenalización, en cambio, niegan o rechazan los argumentos y evidencias que asocian el acceso al aborto legal y seguro con una mejor salud pública.

Ante las diversas y diferentes perspectivas, reflexiones y puntos de vista con los cuales se analizan e interpretan dichas implicaciones, nos parece necesario partir de algunos de los desarrollos conceptuales de especialistas en el tema, cuyos aportes acerca del significado y alcance de los conceptos de salud y salud pública son esenciales para una mejor comprensión de la racionalidad subyacente en los argumentos expuestos por los dos grupos con posiciones antagónicas. En la primera parte de este capítulo abordamos los conceptos respecto de este tema. A continuación, presentamos los argumentos de los grupos a favor y en contra de la despenalización en términos de salud y salud pública. En aras de proporcionar una lectura más comprensiva de estos temas, lo referente al derecho a la salud será abordado en el capítulo siguiente.

SALUD Y SALUD PÚBLICA: DOS PERSPECTIVAS DEL DEBATE

Una visión amplia e integral de la salud

Las aportaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sido un referente indispensable entre la mayoría de expertos e interesados en el campo de la salud, presente en la mayoría de las agendas, instrumentos y textos internacionales y nacionales que abordan este tema. Su conceptualización inicial, que data de 1948, define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948: 84), definición que destaca la complejidad y amplitud de este concepto en la medida en que remite a un bien-

estar integral. Esta definición de la salud incorpora un campo muy vasto y no sólo un aspecto puramente biológico, médico, de buena salud, pues no la considera sólo como ausencia de enfermedad, sino que pone el acento en la importancia de incorporar los determinantes sociales que condicionan el estado de salud de una población, así como la dimensión subjetiva y social de buena salud, vinculada con las conductas, las acciones y los comportamientos de los individuos, y el contexto cultural. En este último sentido, la OMS agrega que la salud “es el grado en que un individuo o un grupo puede, por un lado, llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y, por el otro, cambiar el ambiente o relacionarse adecuadamente con él” (OMS, 1986 s/p).

En esta línea, Jadad (2012: s/p) acertadamente nos advierte que con el concepto tradicional de salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social”, nadie podría ser saludable, ya que “cualquier malestar afectaría ese bienestar”. Por ello, considera que la salud “es la capacidad de las personas o de las comunidades para adaptarse a o para autogestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se le presentan en la vida”. En lo que se refiere a las mujeres, este concepto de salud equivale a plantear que quienes recurren al aborto ante un embarazo no deseado, están optando por enfrentar esos desafíos. En el marco del debate acerca de la despenalización, la cuestión es entonces indagar cuáles son las condiciones en que las mujeres desarrollan esa capacidad para recurrir al aborto cuando un embarazo no deseado afecta su vida y bienestar. Lo que se sabe es que, aun cuando tengan que desafiar una legislación restrictiva, obstáculos sociales e institucionales y una intensa estigmatización, recurrirán a diversas estrategias para interrumpir ese embarazo no deseado. Por tanto, la prohibición —penalización y criminalización— de este acto no impide su práctica pero, en cambio, orilla a las mujeres a acudir a prácticas clandestinas e inseguras que obstaculizan su acceso al bienestar y acarrear adversas consecuencias en su salud, en su vida y en la de su familia.

De acuerdo con el Programa de Acción de la CIPD, la salud reproductiva es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus

funciones y procesos (ONU, 1995). Se reconoce también que la salud sexual es la capacidad de disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; es decir, sin temores ni riesgos de embarazos no deseados, ni infecciones de transmisión sexual, y con una vida libre de violencia, coacción, discapacidad o riesgos de muerte.

En esta línea, de acuerdo con Lerner y Szasz (2003), bajo el paraguas de salud reproductiva no sólo se incorporan diversos componentes directamente relacionados con el comportamiento sexual y reproductivo, tales como la práctica anticonceptiva, la esterilidad, el embarazo, parto y cáncer cervico uterino y de mama, entre otros, sino que se pone el acento en las dimensiones relacionadas con los derechos humanos, en particular en los derechos sexuales y reproductivos, en la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres, en las igualdades y equidades sociales y de género, y en las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud que garanticen el ejercicio de estos derechos.

En el marco de esta amplia conceptualización de la salud, una investigación reciente, resultado de un trabajo colectivo realizado en América Latina, coordinado por González Vélez (2008), se ha abocado a mostrar el alcance y significado de la “causal salud” para autorizar-legalizar el aborto. En el plano normativo, esta causal se ha interpretado como la posibilidad de interrumpir lícitamente un embarazo inesperado y no deseado ante circunstancias que pueden implicar graves daños a la salud de la mujer o que ponen en peligro su vida. Sin embargo, a nivel operativo se ha visto seriamente obstaculizada por múltiples barreras —jurídicas, políticas, sanitarias, económicas, socioculturales y morales— que dificultan o hasta impiden el acceso de muchas mujeres a servicios de salud seguros y oportunos para interrumpir su embarazo, o para ser atendidas por las complicaciones de un aborto inseguro.

Bajo el paraguas de la causal de salud se incluyen tres dimensiones estrechamente vinculadas entre sí, que ponen de relieve la importancia de abordar este concepto de manera integral y comprehensiva: *la salud física, la salud mental y la salud social*. Estas tres dimensiones atañen al riesgo potencial que se da en cualquier etapa de la gestación y que puede llevar a la decisión de interrumpir el embarazo, pero atañen en especial a los riesgos más adversos, que ocurren cuando la interrupción del embarazo se realiza me-

dian­te procedimientos inseguros, en la clandestinidad, por perso­nas que carecen de la capacita­ción adecuada y en servicios de salud inadecuados, o cuando es autoprac­ticado por las propias mujeres.

Las consecuencias sobre la salud física entonces no sólo se refieren al riesgo de morir y de adquirir enfermedades o discapacidades que pueden ocurrir durante el embarazo y el aborto clandestino, y por complicaciones de éstos; también conciernen a las barreras para recibir servicios de salud gratuitos y de óptima calidad durante la gestación, al estigma y la violencia en el ámbito conyugal, familiar, comunitario y de los agentes de salud y procura­ción de justicia, y a las condiciones de desigualdad social y dis­criminação cultural y generacional hacia las mujeres de estratos socioeconómicos pobres, que afectan su salud y bienestar.

Por otra parte, la afectación de la salud mental se encuentra asociada a situaciones de estrés, tensión y conflicto en diferentes etapas o acontecimientos en la vida de las mujeres, tales como el embarazo adolescente, las malformaciones fetales graves, la violación, y circunstancias sociales y económicas adversas que obstaculizan o impiden proporcionarle al (nuevo) hijo una vida digna. Cuando se habla de falta o de problema de salud mental, puede tratarse de algún trastorno mental severo o de una discapacidad absoluta que pueden incidir en la salud física, pero también se puede tratar de pérdida de la autoestima y de la integridad personal, o de las capacidades y habilidades para relacionarse y resolver situaciones en la vida personal. Si el embarazo no deseado puede provocar este tipo de dificultades, sin duda las agravan los obstáculos familiares, sociales e institucionales para recurrir a la interrupción de un embarazo no deseado en condiciones óptimas.

La salud en su dimensión social remite a la preservación del bienestar de las mujeres, a brindarles opciones y oportunidades en la realización de su proyecto de vida para lograr una mejor y buena calidad de vida, una vida digna. Cuando este proyecto se ve truncado por embarazos inesperados y no deseados que no se pueden interrumpir de manera legal y segura, se afecta severamente la salud de las mujeres. Por ello la preservación de la salud social exige facilitar el acceso legal y universal a servicios de salud y de interrupción del embarazo seguro y de calidad, y garantizar el

derecho a la salud, como se establece en la Constitución mexicana y en la de muchos países.

Aunque en los ámbitos nacional e internacional se ha destacado la importancia de considerar la cuestión de la salud desde una perspectiva incluyente, en la actualidad, como señala GIRE, “sigue prevaleciendo un enfoque primordialmente biologicista, enfocado en el cuerpo, que menosprecia los otros componentes y determinantes de la salud” (GIRE 2007: 1). Desde este enfoque, el énfasis recae en las intervenciones médicas orientadas sobre todo a tratar las enfermedades y a analizar e interpretar los indicadores que monitorean el estado de salud de una población, tales como la magnitud en tasas de morbilidad y mortalidad materna, los ingresos o egresos hospitalarios, los costos en el sistema de salud, entre otros; acercamiento que en cierta medida excluye los determinantes y circunstancias sociales que inciden y condicionan el estado de salud. Cabe subrayar, por tanto, que si bien son fenómenos biológicos que ocurren en el cuerpo de las mujeres, el embarazo y el aborto son, a su vez y sobre todo, fenómenos cuya ocurrencia trasciende el ámbito corporal y cuya atención no debe limitarse a la práctica médica convencional.

Por ello, desde la perspectiva del concepto de salud y de salud pública, se ha documentado ampliamente que las consecuencias negativas del aborto inseguro están ligadas a las condiciones adversas que enfrentan amplios grupos de la población femenina, tales como las fuertes brechas e inequidades sociales en el acceso a servicios de salud seguros y de calidad, las frecuentes situaciones de violencia sexual, de discriminación y, en general, las severas condiciones económicas de pobreza, que dificultan satisfacer las necesidades básicas propias de las mujeres y de sus familias. Por ello resulta altamente sugerente, como se señaló antes, no sólo considerar el aborto en el campo de la salud como un asunto de salud individual y salud pública, sino plantear el acceso al aborto seguro y legal como una medida que contribuye al bienestar social de la mujer que decide interrumpir su embarazo. Este bienestar está asociado con la autoestima, la autonomía, la salud mental, la felicidad, y con las condiciones socioeconómicas y culturales que posibilitan una vida satisfactoria. Por tanto, cabe plantear que el embarazo no deseado y el recurso al aborto se convierten en una

fuente de malestar cuando éste se considera como delito, y que este malestar, asociado a creencias y moralidades construidas socialmente, se exagera en los marcos legales restrictivos que penalizan la interrupción voluntaria del embarazo, conducen a prácticas clandestinas e imponen obstáculos en las instancias administrativas y en los servicios de salud para su realización en condiciones seguras.

Ante las diversas interpretaciones que prevalecen en cuanto a la causal salud, y que también inciden en otras causales que permiten o no el aborto legal, podemos preguntarnos: ¿Quién o quiénes y con qué normatividades, criterios y miradas determinan y deciden que el aborto en sí es un problema que atenta contra la vida de las mujeres, o conlleva serios problemas para su salud? ¿Cuándo? ¿Son las secuelas de un embarazo producto de una violación o de abuso sexual, independientes o ajenas a la salud física y mental de las mujeres? ¿Cómo afecta continuar un embarazo con serias malformaciones del feto la salud y bienestar de las mujeres?, o más aún ¿acaso las adversas condiciones sociales, económicas y culturales de las mujeres, de sus familias y de sus comunidades son ajenas a la salud de aquéllas y al acceso a buenos servicios de salud? Cuando se niega el aborto legal a una mujer que desea interrumpir su embarazo, se le condena a vivir una maternidad impuesta, con las consecuencias para su salud física, mental y social que de ella pueden derivarse, a exponerse a padecer discapacidades o enfermedades graves, e incluso a morir, factores que incidirán en el bienestar de sus hijos, de su familia y de la sociedad. En los hechos, en particular en contextos punitivos, negar el aborto seguro también obliga a la mujer que ha decidido interrumpir su embarazo a practicar un aborto con procedimientos riesgosos e inseguros, a exponer así su salud y hasta su vida por carecer de recursos para acceder a un aborto seguro y por temor a estigmas, o ambos, y a dogmas morales y religiosos impuestos que muchas de ellas han internalizado.

En este sentido, como señala González Vélez (2008), una de las cuestiones centrales en el tema de la interrupción legal del embarazo tiene que ver con la manera como los profesionales de la salud interpretan la definición o significado de la causal salud. Ellos y los agentes del poder judicial son quienes determinan —obstacu-

lizándolo o favoreciéndolo— el acceso oportuno a la información, consejería, y a los servicios de atención que muchas mujeres requieren.

LA SALUD PÚBLICA: DEL ÁMBITO PRIVADO AL ÁMBITO PÚBLICO

Desde la óptica de los expertos y profesionales en el campo de la salud y la salud pública, también se ha enfatizado y reiterado la importancia de miradas que privilegian y legitiman una perspectiva amplia e inclusiva acerca de la responsabilidad, obligación y gestión del Estado, para diseñar e instrumentar políticas de salud con el objetivo de alcanzar y garantizar el mejor estándar de salud de las mujeres. Esta perspectiva concierne un aspecto clave, de intensa controversia: la interpretación de la relación entre lo público y lo privado y, aunada a ella, la racionalidad del alcance de la intervención estatal en la vida privada de las personas, y en particular en las decisiones y acciones que las propias mujeres llevan a cabo con respecto de su vida sexual y reproductiva. Destacamos aquí algunas aportaciones que abordan estas relaciones y muestran la importancia de pensar la salud pública en términos amplios.

De acuerdo con López Cervantes (1997), hablar de salud y salud pública implica la indispensable necesidad de identificar las causas, y no sólo las inmediatas, que inciden en el deterioro de la salud, y de mantener una actitud crítica acerca de las explicaciones basadas en posturas ideológicas no científicas, que suelen producir confusión y conflicto. Para el autor, adoptar una mirada más amplia de la salud pública significa trascender el énfasis en el diseño y operación de programas de vigilancia y control que pasan por alto los requerimientos políticos, sociales y culturales que determinan su impacto, e ir más allá de una práctica administrativa acartonada y obsoleta de los servicios de salud para adecuar dichos sistemas a las necesidades de la población, reconociendo las ventajas y limitaciones de las intervenciones y ofreciendo servicios con criterios de equidad, efectividad y eficiencia.

En una línea similar, para Guerra de Macedo (2001) la salud pública, cuyo objeto central es la salud de las poblaciones, de la

sociedad, de lo público, no debe limitarse únicamente a los bienes y servicios públicos y a las acciones reconocidas como responsabilidad del Estado. Por el contrario, su visión debe extenderse y tener en cuenta los condicionantes “externos” de la salud, y debe ser también responsabilidad de otros sectores públicos cuyas acciones influyen en la salud de la sociedad y expresan valores socialmente contruidos, que modelan opiniones, actitudes, comportamientos y prácticas sociales a favor de la vida y la salud. Un aspecto central de la salud pública subrayado por este autor es su significado “colectivo”, que implica que la o las políticas en salud no deben estar subordinadas a ideologías o intereses y dogmas de ciertos grupos, sino que deben contribuir a la construcción de ciudadanía y de participación en entornos saludables, así como al control de riesgos y daños a la salud colectiva. Por lo tanto, las políticas socialmente legitimadas son condición y resultado de una democracia efectiva que responda a las necesidades y demandas de salud de la población.

Otra contribución muy sugerente y relevante que pone el acento en la dimensión política de la salud pública, la encontramos en el artículo de Didier Fassin (2005) “Faire de la santé publique” (Hacer salud pública). Si bien la ejemplifica con otro problema de salud de la población en Francia,¹ sus formulaciones ofrecen un conjunto de sugerencias muy pertinentes para abordar la cuestión del aborto o su penalización como problema de salud pública. Para el autor, la salud pública —a diferencia de la medicina, que se dirige a tratar las enfermedades y a curar a los individuos— tiene como principal objetivo preservar y promover la salud de una sociedad en el marco de las acciones públicas, de las políticas de salud, donde el término de lo público, similar a lo que señalan los autores anteriores, es el reconocimiento de un bien común, enten-

¹ Esta perspectiva la ilustra el autor con diversos ejemplos, entre los cuales menciona el problema del maltrato de niños, o del saturnismo en Francia. Situación que se evidenció inicialmente a partir de casos aislados de niños africanos hospitalizados por problemas neurológicos, y que llevó a la movilización de diferentes actores sociales que lo asumieron como problema de salud pública, en tanto un problema social y cultural que revela las adversas condiciones de vida y de precariedad social prevalientes en un grupo poblacional de la sociedad.

dido este último como la organización de vivir conjuntamente alrededor no sólo de valores compartidos sino también de normas contradictorias y conflictivas. El autor advierte que la salud pública no se debe limitar a una realidad epidemiológica correspondiente al estado de salud de una población, sino que es una forma de gestión de la política de la salud que tiene como objetivo proporcionar a los individuos las condiciones necesarias para hacerse responsables y controlar su propia salud, y los medios para mejorarla, para satisfacer sus necesidades y llevar a cabo sus proyectos de vida.

Fassin nos plantea una interrogante muy sugerente: “¿Qué conduce a, o qué hace que una realidad social se convierta en un problema de salud pública?”. Una respuesta, quizá trivial y redundante, consiste en objetivizar y evidenciar que el problema de salud pública que concierne al bienestar de una colectividad exige una intervención colectiva a la luz de diversos criterios, tales como su frecuencia, sus graves consecuencias, las características de la población referida y la relación entre el costo y la eficacia de las medidas que permiten prevenir o tratar todos los elementos que se pueden cuantificar. Para el autor esta perspectiva es positivista y reduccionista, ya que al enunciar las características de una conducta o un hecho sólo se describe una parte de lo que sucede en la realidad, y se omite dar cuenta de los procesos sociales que deben considerarse desde la perspectiva constructivista de la salud pública. En ésta, como parte de un marco analítico y programático, debe incluirse, por un lado, la manera en que los actores sociales identifican un problema de salud pública y lo inscriben en la agenda política en la cual concurren y se confrontan posiciones, y por otro lado, las condiciones sociales y culturales que permitan comprender por qué se define como problema.

En síntesis, para el autor no se puede hablar de un problema de salud pública sin tener en cuenta el contexto social, cultural y político en el cual las desigualdades sociales frente a la salud y la muerte conducen a incriminar determinados comportamientos individuales y prácticas culturales de ciertos grupos (así sean reducidos), afectados por un problema que responde a dichas inequidades, y por el control y poder que ejercen determinados y minoritarios grupos que prevalecen en la sociedad.

A partir de los planteamientos de Fassin, la construcción social del aborto como un problema de salud pública, de justicia social y de discriminación, se puede sustentar y legitimar en las siguientes premisas. Por un lado, el aborto responde a una situación de alto riesgo ante un marco jurídico restrictivo, que orilla a las mujeres con embarazos no buscados o no deseados a recurrir a una práctica clandestina que se realiza sin condiciones de higiene y de seguridad para su salud. Esta situación se manifiesta de manera objetiva, como mostramos en el capítulo anterior, en las tasas de mortalidad y morbilidad materna debidas a abortos inseguros, y en severas afectaciones sobre la salud física y mental de las mujeres que pueden evitarse, como se ha logrado hacerlo en los países desarrollados. Pero, independientemente de la magnitud estadística de las consecuencias sanitarias del aborto inseguro para la propia mujer, para su familia, o para los sistemas de salud, no se puede ni se debe desconocer que se trata de un hecho social que no afecta de la misma manera a todas las mujeres, y que las más afectadas son las que se encuentran en los sectores sociales más desfavorecidos.

Por otro lado, la práctica del aborto (seguro o inseguro) obedece a las condiciones estructurales y a la lógica de la práctica médica que prevalece en las instancias de salud. Entre las primeras destacan, como ya señalamos, las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud, en particular a los de salud sexual y reproductiva, la falta de métodos anticonceptivos adecuados a las características de las mujeres para evitar embarazos no deseados, así como los insuficientes y limitados programas educativos y servicios de consejería e información veraz y científica para prevenirlos, que se proporcionan en las instituciones de salud y en las educativas. A esto se añade, como ya mencionamos en el capítulo 3, que la racionalidad prevaleciente en relación con el aborto, entre los profesionales de la salud de las instituciones públicas, con mucha frecuencia se caracteriza por la discriminación, la violencia, la indiferencia ante las circunstancias de vida de las mujeres, y el desconocimiento de las causales legales, a lo que se suman en distintos países disposiciones legales que penalizan el aborto y obligan a los médicos a declararlos.

Adicionalmente es importante señalar, como plantean Abrahams y López (2007), que en la política pública, en el campo de

la salud, y en especial en el ámbito reproductivo, sigue predominando una lógica de asistencialismo que contribuye a reproducir la posición de subordinación de la mujer y su exclusión social. En este contexto es imprescindible pensar en estrategias sanitarias que transformen las prácticas asistencialistas y paternalistas de los servicios de salud, que traten las necesidades de las mujeres en términos de derechos y ayuden a disminuir los riesgos de abortos inseguros. Como explicamos más adelante, el concepto de salud pública y la garantía del derecho a la salud implican el fortalecimiento de las instituciones de salud y la puesta en práctica de procesos que hagan efectivo ese derecho y contribuyan a elevar y generalizar el bienestar de la población. En términos concretos, además de políticas públicas, es preciso promover la cultura de la prevención y dar acceso a servicios de salud que contribuyan a prevenir y disminuir riesgos, enfermedades y consecuencias negativas de distintos tipos de afectaciones a la salud. En lo que se refiere a la salud de las mujeres y a su derecho a la salud, la prevención de muertes maternas pasa no sólo por la legalización del aborto seguro sino también por la prevención de embarazos no deseados o no planeados. No es de extrañar que en las discusiones en torno al aborto este aspecto de la salud pública sea motivo de fuertes confrontaciones.

LA ARGUMENTACIÓN DISCURSIVA ACERCA DE LA SALUD Y LA SALUD PÚBLICA

En las legislaciones de la casi totalidad de los países, las excluyentes de responsabilidad que permiten la realización del aborto legal están fuertemente vinculadas, al menos normativamente, con la salud de las mujeres y su derecho a una vida libre de violencia: cuando peligró la vida de la mujer, o puede tener graves consecuencias en su salud física y mental, cuando el embarazo es producto de una violación sexual, o por malformaciones del feto. Por ende, en el debate público, tanto si el aborto está permitido, como si está penalizado, la salud de las mujeres y de sus familias y la salud pública son las cuestiones centrales en las que se confrontan las diversas posiciones.

Como veremos a continuación, en los argumentos expuestos a favor de la despenalización del aborto, la prioridad es la salud y vida de las mujeres, así como la protección del embarazo y del hijo por nacer, y se plantea que por tanto ésta debe ser prioritaria en las políticas públicas. En cambio para los grupos conservadores la prioridad es la vida del producto por nacer y las políticas públicas deben orientarse a proteger esa potencial vida.

Por la despenalización: el aborto como problema de salud y salud pública

La retórica discursiva de quienes apoyan la despenalización en el ámbito de la salud de las mujeres coincide con la comprehensiva noción y la mirada integral de la causal salud que hemos expuesto. Congruente con ésta, considera el aborto como un asunto de salud, de salud pública, de injusticia social cuando es ilegal, y sobre todo como un derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y su autonomía reproductiva.

Su estrategia discursiva destaca y enfatiza las consecuencias negativas de las legislaciones restrictivas que penalizan el aborto para las mujeres que quieren interrumpir un embarazo, ante la falta de acceso universal, indiscriminado y libre, a servicios de aborto legal y seguro y a la atención médica por complicaciones de abortos inseguros. Sin duda, como se señala, la diferencia entre un aborto seguro y uno inseguro depende del tipo de procedimiento que se utilice para interrumpir el embarazo, como se expone en la siguiente intervención:

El riesgo combinado de muerte y de complicaciones no es naturalmente inherente al procedimiento de la interrupción de un embarazo: se debe a un marco legalmente restringido, a la falta de capacitación técnica de los profesionales de la salud, al deficiente acceso a los servicios por parte de las mujeres, quienes por el estigma social y legal que lo rodea, recurren finalmente a procedimientos inseguros en manos de personal no capacitado [RS, 119].

Esta argumentación suele sustentarse con evidencias empíricas internacionales y nacionales científicas acerca de los niveles de mortalidad y morbilidad materna (MMM) que prevalecen en países que han despenalizado el aborto.² Se destaca también que los riesgos por un aborto inseguro que obedecen a su penalización representan un problema de salud pública, con altos costos:

La literatura médica abunda de robustas evidencias en relación con los efectos que las restricciones legales y la falta de acceso a servicios de aborto seguro tienen sobre la vida y la salud de las mujeres. Estos efectos incluyen: elevada mortalidad materna, morbilidad severa y complicaciones a corto y largo plazo, y costos excesivos que recaen sobre el sistema de salud y las mujeres mismas, generando situaciones de discriminación y profunda inequidad social y de género [RS, 116].

La legislación restrictiva va de la mano de la práctica clandestina del aborto y se convierte en un problema de salud pública, ya que el aborto clandestino *pone en peligro la vida y la salud física y mental de las mujeres*. Las altas tasas de aborto inducido y la elevada mortalidad materna obedecen fundamentalmente a las condiciones de riesgo en que se ven obligadas las mujeres a interrumpir su embarazo, *muertes y daños a la salud de las mujeres que son indiscutiblemente evitables* [SLS, 60, cursivas en el original].

Destacar que lo que es un problema de salud pública es el aborto inseguro, remite a la interpretación de la salud pública como algo colectivo, que afecta a la sociedad y que ha de garantizarse para todos. Así se fundamenta que es obligación social y política actuar para prevenir o disminuir esas muertes evitables y los riesgos innecesarios para la salud de las mujeres, y reducir las desigualdades sociales.

En estos argumentos resuena también el concepto de salud en sentido amplio, que incluye el de salud social. Así, como señalan

² No incluimos las evidencias empíricas que presentan los exponentes para sustentar sus argumentos en contra de la penalización que pueden ser consultadas en Enríquez y De Anda, 2008, y que mostramos en el capítulo anterior.

los expertos en el tema, no sólo se identifican las causas inmediatas, también se pone el acento en las condiciones de desigualdad social y económica en que viven las mujeres de escasos recursos que recurren al aborto inseguro,³ y en los obstáculos que han enfrentado y que no permiten garantizar la seguridad del procedimiento. Contra quienes hablan de la criminalidad del aborto en cualquier circunstancia, se afirma la importancia de asumir una responsabilidad social ante las mujeres y su salud que, de nuevo, tiene en cuenta la dimensión socioeconómica que hace posible o impide el bienestar:

Lo que es verdaderamente criminal es simular y no afrontar, con responsabilidad social, un problema de salud pública; no reconocer que, en los términos de la pretensión de quienes impugnan esta legislación, la ley no sólo seguirá reflejando, sino acentuando aún más la desigualdad social. Hace falta, una y otra vez [...] repetir lo que el mundo sabe: que las mujeres que mueren o sufren daños irreparables en su salud por la práctica de abortos clandestinos, en condiciones de total insalubridad y riesgo, son las mujeres que no pueden pagar los servicios médicos para una intervención segura [ABG, cuarta sesión; ponencia no publicada, que se encuentra en transcripción de audiencias].

Al entrelazar una crítica a la desigualdad desde la perspectiva de la salud y desde el sentido de la ley, se recalca el impacto discriminatorio de las leyes restrictivas a la vez que se sugiere la necesidad de medir su impacto en la vida personal y colectiva, es decir, en relación con las políticas de salud pública: las metas del sector salud no pueden lograrse con este tipo de leyes. Por ello, y por el sentido de responsabilidad social que también se manifiesta

³ Véase por ejemplo el estudio de Sousa (2010), cuyos resultados muestran que son las mujeres de estratos pobres, de menor nivel educativo y las indígenas, las que tienen nueve veces más la probabilidad de un aborto inseguro que las mujeres en mejores condiciones. Otros autores muestran las condiciones de desigualdad en el acceso al aborto: los riesgos son más elevados en las mujeres de clase social desfavorecida que sufren frecuentemente de complicaciones porque recurren más a procedimientos de riesgo o a personas no calificadas, dado el alto costo de los servicios de la medicina privada y más si se trata de procedimientos de aborto clandestino (Erviti, 2005; Rostagnol, 2007; Juárez *et al.*, 2013; Prada, Biddlecom y Singh, 2011; Prada *et al.*, 2006; Zamudio, 2000).

en estas intervenciones, se reitera el tema de la discriminación, que remite a un sentido de justicia social y sobre todo al concepto de salud pública y social en el sentido de Fassin:

tipificar el aborto [como conducta antijurídica] tiene dos graves consecuencias negativas. En primer lugar, cierra las puertas del sistema de salud pública a las mujeres más pobres [...] y les deja como única alternativa los abortos clandestinos [JZP, 114].

Ante la evidencia de las adversas consecuencias de las leyes restrictivas en la salud y bienestar de las mujeres y su familia,⁴ se aboga, explícita o implícitamente, a favor de la despenalización:

[...] penalizar el aborto genera afectaciones a la salud y pone en riesgo la vida de miles de mexicanas. En nuestra opinión, la reducción de la incidencia del aborto debe hacerse con medidas disuasivas y preventivas diferentes a la cárcel, no con su penalización. Además, conservar el castigo penal contra el aborto contribuye a la desigualdad jurídica y económica, pues a pesar de que, antes de la reforma, el castigo penal contra el aborto era para todas, en la realidad solamente las más pobres se veían afectadas. [...] Esta nueva ley [la ley del D.F.] hace iguales a todas las mujeres, ricas y pobres, pues les garantiza servicios seguros de aborto con lo cual se da sustancia al derecho humano universal de protección a la salud y el derecho a la libertad de decidir sobre cuestiones personales [MERC, 185].⁵

⁴ Como ejemplo podemos citar dos textos sobre las vivencias y experiencias de mujeres que han abortado ante la desigualdad jurídica de que son objeto. El texto de GIRE (2013) relata los casos de mujeres sujetas a procesos penales en México y el estudio de Kane *et al.* (2013) sobre Argentina, Bolivia y Brasil, da cuenta de las vivencias y experiencias de numerosas mujeres que han sido reportadas, arrestadas y en muchas ocasiones encarceladas por interrumpir su embarazo. En ambos se muestran claramente los irregulares e injustos obstáculos y procedimientos ilegales a que se han visto expuestas las mujeres al ser denunciadas por los proveedores de salud ante los responsables de la aplicación de las leyes que las criminalizan.

⁵ Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, pero no presentado en las audiencias.

Si bien cabe cuestionar que por sí misma la reforma del D.F. en 2007 haya contribuido a la igualdad de las mujeres, este tipo de argumentos apunta a la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud para todas, así como el derecho de las mujeres a la autonomía. A la luz de las contrarreformas de 2008-2010, sin embargo, la crítica al castigo penal que se expresa en estas intervenciones adquiere nueva fuerza, ya que sin duda han aumentado las diferencias, no sólo entre ricos y pobres sino también entre quienes pueden acceder a un aborto legal y seguro en su comunidad y quienes exponen su vida, su salud y hasta su libertad si deciden interrumpir un embarazo, sin olvidar la desigualdad entre quienes viven en el D.F. y en otros estados.

En las intervenciones que hemos comentado, cabe destacar la preocupación por reducir la incidencia del aborto y la crucial distinción, que hacen los liberales, entre el aborto seguro y legal y el clandestino e inseguro, y sus consecuencias en términos de salud y de salud pública. Lejos de abogar por “el aborto” o justificarlo, estos ponentes proponen considerarlo como un problema de salud, cuya solución contribuiría a lograr y promover una “cultura de vida digna” para las mujeres.

*Contra la despenalización: el aborto
no es un problema de salud pública*

El discurso de quienes se oponen a la despenalización contrasta con el anterior desde su punto de partida. Su racionalidad y lógica acerca de la relación entre aborto-salud de las mujeres-salud pública, y entre ésta y la despenalización, descartan de antemano muchas de las consideraciones anteriores, así como las evidencias presentadas en el capítulo anterior acerca de los niveles de MM por aborto. Como veremos, en este discurso se entrecruzan silencios significativos y afirmaciones sin sustento claro, mezcladas con interpretaciones de la realidad a partir de dogmas religiosos y principios morales que ellos no cuestionan.

En primer término, el concepto de vida humana de este grupo, centrado en la vida humana del cigoto-embrión-feto, conlleva, como ya se ha visto, el rechazo al aborto en sí y a su legalización,

que no se considera respuesta a un problema de salud pública. Desde la visión conservadora, se aboga por mejorar la infraestructura sanitaria como alternativa a la despenalización del aborto:

El factor crucial para la reducción de las tasas de mortalidad materna no es la legalización del aborto, sino el mejoramiento del sistema general de salud [HJLS, 237].

En esta intervención se apunta de manera general a una medida que en efecto contribuye a disminuir la muerte materna: la mejora de los servicios de salud y la capacitación del personal. Sin embargo, esto beneficiaría a quienes acuden a ellos para dar a luz o a consecuencia de un aborto inseguro, pero no reduce el riesgo para quienes recurren a abortos clandestinos inseguros y quedan fuera del sistema público de salud.

Por otra parte, se intenta justificar esta posición recurriendo a cifras que demostrarían la irrelevancia del problema:

Según el Consejo Nacional de Población, el aborto constituye la tercera causa de muerte materna en nuestro país, con el 7.8% de los casos. [...] Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que en 2007 fallecieron en México alrededor de 1,333 mujeres por complicaciones del embarazo, el 7.8% de ellas, es decir, 103, por complicaciones del aborto. Sin embargo, esto no significa que esas 103 mujeres que fallecieron en un año hayan sido resultado de abortos clandestinos [...]. Es falso que en nuestro país anualmente miles de mujeres pierdan la vida por abortos mal practicados. [...] Además, existen evidencias preocupantes de que las repercusiones del aborto provocado son altamente significativas en contra de la salud y la vida de las mujeres que abortan [EGV, 212].

En esta intervención se parte de lo que Fassin denomina un enfoque positivista y limitado, es decir, centrado en la lógica y la ley de los grandes números en tanto criterio que llevaría a afirmar que “el aborto ilegal y por tanto inseguro no es un problema de salud de la mujer, ni tampoco es un problema de salud pública”, dado el reducido número de muertes por aborto inseguro en Mé-

xico.⁶ Desde esta lógica se omite la morbilidad provocada por el aborto inseguro, que afecta a decenas de miles de mujeres, y se minimiza la muerte materna que se asocia con ésta, aun cuando ambas podrían evitarse si la mejora de los servicios de salud incluyera el acceso al aborto seguro. Esto nos lleva a preguntar ¿Por qué se opta por callar que el aborto inseguro es la tercera causa de MM y no se considera que este 8% de muertes femeninas se puede evitar? ¿Cuántas muertes maternas por aborto inseguro se requieren para reconocer que éste es un problema de salud y salud pública? Y finalmente, cualquiera que sea el número de muertes por aborto inseguro, ¿por qué se destaca el riesgo del aborto en general, cuando un procedimiento en condiciones legales es más seguro que un parto o una cesárea, y por qué, en cambio, cuando se busca sacar el aborto del ámbito de la salud, se niega o minimiza el riesgo mucho mayor que conlleva el aborto ilegal, inseguro?

Un estudio del Population Crisis Committee (1982), que analiza las diferencias en los riesgos de mortalidad de las mujeres por aborto y los compara con los que ocurren en el desenlace de los embarazos (parto, cesárea, aborto legal y aborto ilegal/inseguro) y en otros procedimientos en el ámbito reproductivo (esterilización femenina e histerectomía) entre Estados Unidos y los países en desarrollo, muestra que mientras en este país el aborto legal es el evento de menor riesgo frente al resto de los eventos obstétricos incluidos (1 defunción por cada 100 000 casos), el aborto ilegal es 50 veces más riesgoso que el aborto legal, el parto es 14 veces más riesgoso y la histerectomía es 160 veces mayor; en los países en desarrollo, el aborto ilegal es de 16 a 250 veces más peligroso que el aborto legal y el parto puede llegar a ser de 60 a 200 veces más riesgoso que el aborto legal (véase el cuadro 6.1 al final de este capítulo).

⁶ Un indicador ausente en sus argumentos relacionados con la salud de las mujeres por abortos inseguros se refiere a la morbilidad por aborto: se ha estimado un promedio anual de 167 000 hospitalizaciones de mujeres de 10 a 54 años por atención al aborto en instituciones públicas entre el 2001 y 2005 (Schiavon, Polo y Troncoso, 2007). Una estimación similar señala que en México, con anterioridad a la reforma legislativa se estimaban en 2006 150 000 casos de mujeres hospitalizadas para atenderse por las complicaciones de un aborto inseguro (Juárez *et al.*, 2008).

Contra estas evidencias, una segunda característica que conviene destacar en la argumentación de quienes rechazan la despenalización es la equiparación de los abortos practicados en condiciones clandestinas e inseguras, que provocan muertes y discapacidad, con las interrupciones que se realizan en servicios de salud de calidad y con supervisión médica profesional; es decir, la (con)fusión del aborto inseguro y seguro, con el fin de descalificar cualquier aborto, como en otra de las intervenciones:

Existe el argumento de que el aborto es una causa de muerte importante en la mujer en el D.F., a lo que resulta necesario puntualizar que el aborto es un procedimiento delicado que siempre pone en peligro la vida de la mujer independientemente de que se haga en una clínica clandestina o no, de lo cual, la mujer carece de la información clara y veraz [LMH, 112].

Aquí no sólo se (con)funden el aborto seguro y legal y el clandestino, se rehúyen el significado, las diferencias y consecuencias de los abortos inseguros en la salud de las mujeres y en los sistemas de salud, e indirectamente se acusa a quienes apoyan el aborto seguro de desinformar a las mujeres. En lo que se refiere a las clínicas clandestinas, es obvio que no son la respuesta adecuada y que, en cambio, causan graves problemas de salud. Quienes han recurrido a ellas o se han autopracticado un aborto clandestinamente, son las que acuden a los hospitales para ser atendidas por las complicaciones derivadas de éstos. Sin embargo, no por ello ha de ocultarse que esas clínicas responden a una necesidad de las mujeres que desean interrumpir su embarazo y a la falta de servicios seguros, gratuitos o de bajo costo, que resuelvan un problema que incide en su salud. En contraste con esos riesgos de la clandestinidad, lo que logra la despenalización es reducir no sólo la mortalidad sino también la morbilidad, como ha sucedido con la reforma en el Distrito Federal.⁷

En tercer lugar, si bien los grupos que se oponen a la despenalización apuntan a la complejidad del problema aludiendo a situa-

⁷ Como ya se ha evidenciado en el capítulo anterior, con la implementación del programa de la ILE en el D.F., se ha logrado evitar la MM y se ha reducido drásticamente la morbilidad por aborto.

ciones conflictivas en el seno de la pareja o la familia, a problemas estructurales y de otra índole que inciden en la decisión de abortar, niegan que el aborto sea un problema de salud pública:

El aborto no representa en sí mismo un problema de Salud Pública, pues es únicamente una parte de una serie de problemáticas mayores. El aborto es un evento en el que se culminan una serie de problemáticas y se inician otras. No está de ninguna manera aislado, tiene un antes (conflictos de relación en pareja, problemas económicos, incompreensión, falta de apoyo familiar, etcétera) y tendrá un después (síndrome postaborto, posibles daños físicos permanentes, aislamiento, entre otros). Por tanto, su aprobación es una medida paliativa que no apunta a las causas; ésta es la razón por la que no asegura su disminución sino, por el contrario, puede representar una posibilidad para su incremento en el corto, mediano y largo plazos [HJLS, 232-233].

Es interesante notar cómo en esta intervención, y en otras, se habla del aborto como parte de una "problemática" más amplia que no se especifica, y cómo se alude a las consecuencias negativas del aborto sin distinguir si es inseguro o no, configurando cualquier aborto como un riesgo. Desde esta confusión, se habla de causas que remiten sobre todo al ámbito privado, y de secuelas que corresponden a los abortos clandestinos inseguros pero se atribuyen a todos, incluyendo el falso "síndrome postaborto", con lo cual se esquivaba la respuesta lógica a los riesgos de éstos. Cabe destacar también cómo el giro discursivo hacia las "causas" (que la aprobación del aborto no atacaría) remite a un ámbito indefinido (¿ajeno a la salud?, ¿relativo a los factores personales y sociales enumerados?), a partir del cual se pasa, sin sustento, a afirmar que la despenalización del aborto puede incrementarlo. La vaguedad de los factores sociales y la mayor especificidad de los problemas privados sirven para sacar el tema del ámbito de la salud pública, cuando las evidencias de la fuerte disminución del aborto en los países de Europa Oriental son un contundente testimonio de la necesaria intervención del Estado para mejorar los servicios de salud y de los beneficios que trae la legalización del aborto a demanda de la mujer.

La omisión de las condiciones sociales concretas corresponde en parte a una visión estrecha del concepto de salud, que se en-

cuentra también en otro tipo de intervenciones que dejan ver más claramente el sustrato de la oposición a la despenalización: en última instancia, el elemento central de esta visión de la sociedad, su salud y bienestar, no es la salud de la mujer ni el bienestar social sino, de nuevo, la protección absoluta de la “vida humana” en potencia. Por ejemplo, a la vez que se afirma que la salud de las mujeres importa, se contraponen ésta, como si estuviera a la par, con la del *nasciturus*, equiparación que implícitamente lleva a considerar a éste ya como integrante de la sociedad:

La sociedad mexicana ha entrado en la dinámica de considerar el tema del aborto como una situación de salud. La eliminación de un embrión, de un ser humano, nunca puede ser causa directa de salud para la mujer. Las clínicas clandestinas, las clínicas que trafican con fetos, no surgen por problemas de salud, sino porque la sociedad no ha sabido proteger a la mujer embarazada con la dignidad que se merece. ¿No provoca más salud la vida que la muerte? ¿Por qué volver público lo que no es bueno en vez de generar sistemas de salud, de protección social, de protección de la mujer, de protección del *nasciturus*? [...] Hay que buscar la salud de cada una de las mujeres, pero no a costa de la vida del embrión. La salud pública y su presupuesto deben situarse en el respeto absoluto a la vida, tanto de la madre como del embrión. La salud, en un país democrático, es un bien para la sociedad; para todos los individuos, debe ser justa y de calidad [CHC, 229].

En esta intervención en particular, cabe destacar la mezcla de ámbitos y registros discursivos: desde la salud en un sentido estrecho, donde “salud pública” se refiere al sistema de salud, no al concepto colectivo expuesto por Guerra de Macedo; desde la moral en un discurso sobre la “protección con dignidad”, y desde una supuesta crítica a la mercantilización de las necesidades de salud que suele condenar el lucro de las clínicas clandestinas (o legales) pero no el de las organizaciones que lucran con la adopción, por ejemplo.

Como afirman los expertos en salud citados, las acciones en el ámbito de la salud pública conciernen al bienestar de una colectividad. En el tema que nos ocupa, aunque estas acciones se refieren en primer lugar a la salud de las mujeres que recurren al aborto

inseguro, también afectan el bienestar en el seno de la familia y la comunidad. La necesaria intervención del Estado y de los legisladores para reducir los riesgos de salud para las mujeres mejoraría sus condiciones de vida y contribuiría al bienestar de la comunidad. Es precisamente la despenalización del aborto la que permite en gran medida evidenciar las causas y obstáculos que enfrentan las mujeres para interrumpir su embarazo, siendo además la que les ofrece opciones para proteger su vida, su derecho a la salud física, mental y social, y para ejercer su derecho a un proyecto de vida. ¿No sería más realista entonces señalar que la penalización, la criminalización y el encarcelamiento de las mujeres que han recurrido a un aborto voluntario profundizan e incrementan los conflictos a los que aluden los conservadores y que se dan en los diferentes ámbitos de la sociedad? ¿No sería también más realista considerar que los problemas y conflictos se originan por la persistencia de condiciones de desigualdad social, en tanto son sobre todo las mujeres de estratos pobres las que no tienen acceso a servicios de salud adecuados? ¿Por qué ignorar que las inequidades sociales, económicas, políticas y jurídicas se ven reproducidas y profundizadas por la ilegalidad del aborto? Veamos mediante otras intervenciones la argumentación conservadora sobre estos aspectos.

En lo que se refiere al papel del Estado, se afirma, por un lado, que éste es el principal actor institucional responsable de la salud, pero, por otro, se niega que deba velar por la salud pública y, en consecuencia, promover una cultura preventiva:

[...] el Estado es el principal actor institucional de la salud; la identificación operativa, la asignación de responsabilidades y la posibilidad de reclamar su cumplimiento, se centra en las instituciones pertenecientes al sector de la salud (bajo la rectoría de la Secretaría de Salud). [...] se trata de hacer que la salud pública sea ejercida por individuos responsables de su accionar social, evitando que el aparato del Estado se active para velar por su salud. Es decir, promover individuos sanos por su comportamiento cotidiano y no por la intervención directa del Estado [HJLS, 231].

La referencia a los “individuos responsables” sin duda apunta a la necesidad de que se adopte una cultura preventiva, pero al

mismo tiempo contrapone implícitamente el papel del Estado y la libertad de las personas, como si las políticas públicas no implicaran, por ejemplo, informar y educar o tomar medidas para combatir los efectos negativos de conductas individuales que no se deben sólo a “malas decisiones” personales sino a condiciones sociales adversas. En un sentido, lo que está implícito en este tipo de argumentos es un rechazo a la intervención del Estado semejante al que desde el neoliberalismo se da contra la regulación de la economía en nombre del “mercado”.

Si ya esta imagen del papel del Estado resulta ambigua, cuando se le añaden argumentos legales se agudizan las contradicciones y distorsiones, como en esta intervención en que se sugiere que no penalizar ciertas conductas es lo mismo que legitimarlas y legitimar sus efectos negativos, y que paralelamente a una ley omisa (que no penalizara el aborto) correspondería una política de salud ineficaz:

El marco legal y la Salud Pública funcionan complementariamente, si el primero no castiga una conducta y, de cierta forma, no motiva al individuo hacia un tipo de comportamiento social, la segunda, la Salud Pública, estará destinada a realizar esfuerzos reparadores e ineficaces. Cuando el sentido de legalidad y el de la salud no es el mismo, se corre el riesgo de legitimar una acción que puede repercutir en problemas sociales y ello es fehacientemente una contradicción [HJLS, 234].

Si bien podría plantearse, por ejemplo, que la inexistencia de una norma que prohibiera un insecticida tóxico implicaría grandes costos de salud para la población expuesta a él y que, por tanto, en efecto la política de salud para contrarrestar sus efectos sería un paliativo, no se puede aplicar la misma lógica al problema del aborto porque no se trata de una práctica negativa en sí sino de una práctica con efectos negativos cuando se da en condiciones inseguras y clandestinas. Cabe señalar entonces que este tipo de argumentaciones corresponden a una lógica de generalizaciones y omisiones y a un concepto restringido del papel del Estado que se limitaría a proveer servicios para recuperar la salud, ¿sólo de individuos responsables? En cuanto al aborto, este concepto, junto con el rechazo de la cultura de prevención, lleva a afirmaciones

cuestionables, y de nuevo contradictorias, en cuanto a la salud de las mujeres:

Que no nos confundan. La salud es —por regla general— el estado normal de todo ser humano, y su excepción es la enfermedad. [...] La mujer embarazada no está enferma y tampoco puede afirmarse que, por el hecho de que mueran mujeres en abortos clandestinos, el Estado debe prevenir esas muertes asumiendo la realización de dichos procedimientos. [...] la interrupción del embarazo no puede ser considerada un procedimiento curativo o preventivo ya que, ni el embarazo, ni el parto, conducen a la pérdida de la salud [FV-GB, 137; negritas en el original].

Como puede notarse, la afirmación de que la salud es regla general pasa por alto las condiciones socioeconómicas de la salud y de la salud pública, y la gradación de lo que significa la salud misma. A la vez, la afirmación, cierta, de que el embarazo no es una enfermedad, lleva a la afirmación cuestionable de que el Estado no debe intervenir para prevenir muertes maternas ni las complicaciones de abortos inseguros. Si bien aquí se refieren a la muerte materna por abortos inseguros (que puede ser evitada y que responde, como señala Fassin, a las condiciones inequitativas en el contexto jurídico y sanitario), cabría preguntar si, siguiendo esta lógica entonces, el Estado tampoco debería intervenir para garantizar condiciones de salubridad mínimas para las mujeres embarazadas, como lo determina la Ley Federal del Trabajo desde el siglo pasado. De nuevo, el rechazo al aborto en sí conlleva generalizaciones y omisiones que tuercen la racionalidad del debate.

En este mismo tenor, se distorsionan los referentes de la discusión acerca del sentido de la legalización del aborto en términos de salud pública. Así, por ejemplo, además de afirmar, como vimos antes, que la ley debe penalizar para que la política de salud tenga eficacia, se llega a plantear que la despenalización obliga a abortar, falsedad evidente que sirve para descalificar la ley, el aborto legal, y que contribuye a la imagen del Estado interventor, peligroso, que ya hemos mencionado, y que podemos suponer se utiliza para recrear miedo y aprensión. Así se afirma que en la Ley de Salud del D.F., reformada, es inconstitucional:

[...] la *Ley de Salud del Distrito Federal*, especialmente el nuevo párrafo (último) del artículo 16-bis-6 [...] señala el deber de las instituciones públicas de salud de practicar la interrupción del embarazo antes de cumplir las 12 semanas de gestación, cuando lo soliciten las madres. Este artículo no sólo deja sin protección la vida de los individuos menores de 12 semanas, sino que hace una violación constitucional mayor al establecer que los órganos de salud tienen, cuando las madres así lo solicitan, el deber de matar a los embriones menores de 12 semanas, es decir, se trata de una ley que no sólo permite [...] la práctica de actos anti-constitucionales, sino que ordena que se practiquen [JAG, 91, cursivas en el original].

Más allá de la defensa del embrión como persona, que hemos comentado en varios capítulos, y de la referencia a la mujer como “madre” que acentúa la humanización de aquél, aquí se interpreta la obligación de los agentes del Estado de cumplir con la ley, como imposición de un acto criminal: se malinterpreta la responsabilidad como imposición y el procedimiento legal como crimen, lo cual sólo correspondería en todo caso al punto de vista de los médicos opuestos al aborto y que podrían en esa instancia acogerse a la objeción de conciencia prevista por la ley, por ejemplo. La estrategia discursiva es, por un lado, humanizar al embrión, y hacerlo aparecer implícitamente como víctima de una “madre” desnaturalizada, de una ley totalitaria y de unos agentes de salud coaccionados, y, por otro, generalizar sin matices para dar a entender que la ley obliga a hacer algo ilegal, configurando así a los verdugos del embrión también como “víctimas” de esa ley desalmada. Siguiendo esta lógica se llega a afirmar que el aborto se vuelve obligatorio, como ya sugieren otras intervenciones que hemos comentado, y como ampliaremos más adelante.

Por ello, cabe recordar que la reforma para despenalizar el aborto en el D.F. señala claramente que las instituciones públicas de salud atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo de las mujeres solicitantes y ofrecerán consejería pre-aborto para que ellas tomen la decisión de manera libre, informada y veraz, y por tanto no coacciona a abortar.

Como puede notarse, el discurso jurídico acerca de la salud pública sigue estando permeado de referencias morales y conlleva

serias implicaciones acerca del papel del Estado. En primer término, se rechaza su rectoría, fundamental en la salud pública y en la cultura de prevención, y se descalifica su intervención para evitar consecuencias negativas de los abortos inseguros. Se manipulan o ignoran estudios y evidencias, como las que sustentan los beneficios de la despenalización para la salud de las mujeres, y la salud pública, en cuanto a la MMM. En segundo lugar, sólo se afirma la idea de complementariedad entre marco legal y salud pública en relación con un marco jurídico de penalización absoluta, que llevaría a castigar a las mujeres y obligaría a los profesionales de la salud pública a denunciarlas en cualquier caso. Ya cuestionable desde la ética médica, esto último pasa por alto las causales por las cuales se autoriza legalmente la interrupción del embarazo en el país.

Ante los argumentos de que el aborto no es un problema de salud pública, aun cuando se afirma que el Estado es el principal actor que incide en la salud, cabría preguntar: si no es obligación del Estado evitar muertes maternas por abortos clandestinos, ¿sí lo es permitir que se sigan dando estas muertes o graves daños a la salud de las mujeres que recurren al aborto? ¿Por qué? Si no es el caso, ¿qué acciones proponen estos grupos para proteger y atender la salud de las mujeres que deciden recurrir al aborto?, y ¿cómo debe contribuir el Estado a su bienestar? ¿O por el hecho de decidir abortar no merecen atención del Estado? ¿Merecen entonces la penalización, la criminalización y la cárcel? ¿Para qué? ¿Y qué se propone para el bienestar de las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado? ¿Acaso éste no conlleva consecuencias adversas en la salud, bienestar y vida de éstas y en sus hijos no deseados?

Las respuestas a éstas y otras preguntas que pueden plantearse son importantes no sólo en términos del concepto de salud pública o del papel del Estado al respecto, sino también en términos del derecho a la salud y del papel del Estado en relación con la prevención. Como veremos en el siguiente capítulo, estos aspectos del problema se discuten siguiendo líneas semejantes a las que una parte y otra plantean acerca de los conceptos de salud y de salud pública. En cuanto remiten al marco de derechos humanos y a su puesta en práctica en la vida cotidiana, resultan particularmente significativos.

CUADRO 6.1
 Riesgos de mortalidad asociados con el embarazo
 y específicos procedimientos de salud en Estados Unidos
 y en países en desarrollo

<i>Procedimiento</i>	<i>Defunciones maternas por cada 100 000 casos</i>	
	<i>Estados Unidos</i>	<i>Países en desarrollo</i>
Aborto legal	1	4-6
Esterilización femenina	4	10-100
Parto	14	250-800
Cesárea	41	160-220
Aborto ilegal	50	100-1 000
Histerectomía	160	300-400

FUENTE: Population Crisis Committee, 1982.

EL DERECHO A LA SALUD A DEBATE

INTRODUCCIÓN

En el marco de los derechos humanos así como en el debate público acerca de la despenalización del aborto, el tema del derecho a la salud ha ocupado también un lugar prioritario en tanto un derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su autonomía sexual y reproductiva. Entre los numerosos tratados e instrumentos internacionales relativos al derecho a la salud, no hay un solo documento internacional en que no se reconozca y enfatice que en el acceso a los servicios de salud y en la efectiva implementación del derecho a ésta, las mujeres han sido históricamente marginadas y discriminadas según su posición económica y social, su edad, su pertenencia a una etnia u otros factores considerados como determinantes sociales de la salud. También en ellos se subraya que la salud es un bien público cuya protección en gran medida está a cargo del Estado, quien es el responsable de regular y fiscalizar los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, asegurando y garantizando que las mujeres puedan adoptar decisiones libres en su vida. Más aún, el derecho a la protección de la salud,¹ reconocido como parte de los derechos humanos, es un compromiso y una obligación para los Estados que han suscrito diversos tratados internacionales.

En este capítulo exponemos el concepto de derecho a la salud aludiendo a la obligación del Estado de garantizarlo como parte

¹ Como en el caso del concepto de salud de la OMS, algunos autores señalan que se debe hablar del derecho a la protección a la salud, ya que dicho derecho se refiere a garantizar el acceso a los servicios médicos (oportunos y de calidad), pues en estricto sentido la salud no puede ser garantizada (González Vélez, 2008: 90, nota 1).

de los derechos humanos, según lo abordan diversos especialistas. A continuación analizamos las estrategias discursivas desarrolladas en el debate por quienes están a favor o en contra de la despenalización. Los primeros se sitúan en el marco de los derechos humanos y destacan la necesidad de que el Estado instrumente medidas para hacer efectivo el derecho a la salud de las mujeres en condiciones de igualdad y respetando su derecho a decidir. Los segundos retoman y reinterpretan diversos artículos constitucionales para rebatir la constitucionalidad de la reforma de 2007, en el supuesto de que el cigoto-embrión-feto es persona. Después analizamos el tránsito de la ley a la acción en los planteamientos de cada uno, en términos de su estrategia discursiva respecto de la cultura preventiva. En particular, nos centramos en los programas de educación sexual, de planificación familiar y de anticoncepción, y en el papel de los médicos, aspectos fundamentales en las políticas y programas de salud pública en tanto representan las acciones y medidas prioritarias para prevenir los embarazos no deseados y no planeados y por ende los abortos inducidos.

EL DERECHO A LA SALUD COMO PARTE DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el tema del derecho a la salud no se puede dejar de lado la mirada y contribución de diversos organismos de Naciones Unidas, en particular la legitimidad e institucionalización que surge de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing (1995), para reconocer en el ámbito internacional los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, y en los cuales se ubica el derecho a la salud de las mujeres, posición asumida nuevamente en el Consenso de Montevideo, en 2013, por los gobiernos de los países de la región latinoamericana.

Como señala Chávez Alvarado (2009), la incorporación de los derechos reproductivos en la CIPD no significó una nueva generación de derechos, sino una formulación que recoge un conjunto de derechos implícitos en ellos, tales como el derecho a la vida, a la

salud, a la autonomía, a gozar de los avances de la ciencia; es decir, para las mujeres, derechos a la libertad y autodeterminación para decidir sobre su propia capacidad reproductiva. Estos derechos, como hemos señalado, han sido ratificados y están respaldados en las constituciones de diversos países, como en el caso de México, pero en muchos de ellos aún persiste un enfoque impositivo al no otorgarse dicho derecho a las mujeres, generalmente acompañado de la penalización.

Desde esta misma óptica, Morales Aché (2010: 136-137) nos recuerda la importancia del desarrollo científico que se ha dado en el campo de la biomedicina y de las tecnologías reproductivas, en particular los nuevos métodos anticonceptivos y la pastilla de emergencia. Como explica, este hecho trascendental ha posibilitado modificar y atenuar “[...] la fatalidad biológica [en la reproducción], permitiendo de manera creciente que la procreación tenga una connotación de acto voluntario [...] lo que ha representado un desafío a las tradicionales regulaciones normativas sobre la reproducción humana y la filiación [...] al dotar de una mayor autonomía a las personas para regular sus procesos reproductivos, [...] al tiempo que generan el surgimiento de nuevos derechos [...] o discusiones sobre la conveniencia de expedir nuevas regulaciones”.

Esto ha llevado, en efecto, lo mismo a nuevas regulaciones sanitarias, a la participación de nuevos actores y sectores de la población, que a reformar las leyes relativas al ámbito reproductivo de las mujeres. Como también señala el autor, el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de las mujeres, a su salud reproductiva y a su libertad sexual, o sea su derecho a acceder a servicios de salud, incluidos la atención a eventos genésicos, así como el derecho a recibir información y a tener acceso a MA seguros, eficaces y de su elección.

Por ello, hablar de la salud y de la causal salud en el marco de los derechos implica, como señala el estudio coordinado por González Vélez (2008: 16), considerar la articulación del derecho a la salud con una amplia gama de derechos: “el derecho a la salud como interdependiente de los derechos a la vida, a la dignidad, a la autonomía, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad,

a la información, a la no discriminación, a la igualdad, a la intimidad, a la privacidad, así como a estar libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes". De esta interdependencia entre estos derechos, se deduce que el derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud implican mucho más que el mantenimiento de la vida en un sentido biológico, ya que significa un derecho que garantice tanto el bienestar de las mujeres como su derecho a decidir el proyecto de vida elegido por cada una de ellas.²

Desde esta perspectiva, en relación con el tema central y polémico de los derechos de las mujeres en su vida reproductiva, como es el derecho a la salud de la mujer embarazada, frente a los derechos del cigoto o embrión, Carpizo (2010) sostiene que en el caso de una ponderación de derechos, cuando entran en conflicto bienes jurídicos protegidos debe prevalecer el derecho a la vida y a la salud física y psíquica de la mujer embarazada sobre la vida potencial del embrión, que todavía no es una persona. El derecho a la protección de la salud de las mujeres incluye que, en caso de interrupción del embarazo, éste se realice de modo seguro, con higiene, por personas profesionales bien capacitadas, con todos los cuidados sanitarios del caso. Este derecho obliga a las instituciones públicas de salud a proporcionar a las mujeres que así lo decidan, un aborto seguro. Por tanto, agrega el autor, si el Estado no proporciona seguridad en los servicios para atender a las mujeres que desean interrumpir su embarazo, viola primordialmente su derecho a la protección de su salud, así como otros derechos fundamentales, como son el derecho a no ser discriminada, a la libertad de decisión, a la intimidad y a la igualdad jurídica con el varón.

Estas consideraciones estuvieron presentes en el debate entre los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación para declarar la constitucionalidad de la reforma de 2007 en el D.F. En este sentido, el ministro Valls Hernández señaló que la "libertad de procreación, vinculada estrechamente con el derecho a la salud, debe ser protegida por el Estado a través de medidas que asistan a la mujer que desee procrear o, en su caso, que le permitan dispo-

² Para un análisis más amplio de los significados e interdependencia del derecho a la salud con estos derechos, véase el texto de González Vélez (2008).

ner de medios y servicios que eviten el riesgo que implica un aborto clandestino" (SCJN, 2008a: 264).

A la luz de estas reflexiones, veremos cómo, una vez más, la estrategia discursiva de quienes favorecen la despenalización del aborto retoma y reafirma el sentido de este discurso de los derechos humanos, que incluye el derecho a la salud, mientras que quienes se oponen a ella resignifican los términos, dan prioridad a la vida del embrión, al que otorgan derechos de persona, y acuden más a las leyes penales que al marco de los derechos humanos.

La argumentación discursiva en torno al derecho a la salud

A favor de la despenalización: el derecho humano de las mujeres a la salud

En el marco del Estado laico y desde la perspectiva de los derechos de las mujeres, el grupo que favorece la despenalización considera la interrupción del embarazo como asunto de derechos humanos, que no sólo deben reconocerse sino garantizarse. Entre sus argumentos destacan consideraciones sociopolíticas y económicas y una crítica de la injusticia y la desigualdad.

Así por ejemplo, desde una postura feminista, centrada en la defensa y protección de los derechos de las mujeres y sustentada por el gobierno del D.F., se reivindica la igualdad de las mujeres, su racionalidad y capacidad para ejercer sus derechos:

La perspectiva feminista que hemos incorporado en las acciones del gobierno de la ciudad de México ha permitido avanzar en el diseño y la aprobación de leyes que colocan a las mujeres y a su autonomía en el centro, que las reconoce como sujetas de derechos y como seres racionales que toman decisiones. Son acordes con el Estado laico, aseguran a las mujeres derechos constitucionales que se nos habían limitado o negado, como la libertad, la dignidad, la intimidad, la integridad personal e incluso la vida. Las reformas en materia de interrupción legal del embarazo en el D.F., contribuyen a garantizar derechos humanos y constitucionales de las mujeres [MLMC, 196].

La referencia al Estado laico en este tipo de intervenciones no es casual: se considera una condición necesaria para la convivencia en pluralidad y, sobre todo en este caso, como marco necesario para garantizar los derechos de las mujeres, según lo han afirmado no sólo voces feministas sino también, entre otros, abogados constitucionalistas. Esta postura también es coherente con la crítica de la penalización como una violación de los derechos de las mujeres y en particular el de la salud, como lo expresa la misma voz:

El aborto ilegal constituye una violación del derecho a la igualdad en el acceso a servicios de salud, a la integridad e incluso a la vida porque las mujeres de bajos ingresos eran quienes acudían a practicárselos en lugares insalubres y en condiciones de inseguridad. Por ello, el gobierno de la ciudad de México se ha propuesto romper con las complicidades de un Estado patriarcal que impone leyes y juicios que propician la discriminación, impiden el acceso de las mujeres a los beneficios del desarrollo y al ejercicio de la ciudadanía plena en condiciones de equidad y justicia [MLMC, 197].

Si bien el contraste entre gobierno local y Estado patriarcal es cuestionable en cuanto que el gobierno del D.F. no deja de ser parte del patriarcado por haber aprobado la reforma, es significativo que en ésta y otras intervenciones se contrasten, por un lado, la igualdad y el derecho a la salud de las mujeres, a resultas de la reforma del 2007, y por otro, una legislación restrictiva que conlleva discriminación e impide el acceso a la justicia, entendida en términos legales y sociales: salud y justicia aquí no se complementan para castigar sino que la ley sirve para garantizar ambas, conforme al concepto del derecho a la salud y al marco de derechos humanos. A la luz de las contrarreformas de 2008-2010, este argumento cobra mayor validez ya que, como hemos visto, con ellas se acentúa la desigualdad de las mujeres ante los hombres e incluso ante el producto de la concepción.

En ese mismo sentido, contra las presiones de los grupos conservadores y de la Iglesia católica para no permitir la ILE y, en cambio, penalizar el aborto, se alude a los preceptos consagrados en la Constitución y a los acuerdos internacionales, que comprometen al Estado a garantizar el cumplimiento del derecho a la

protección de la salud, en este caso mediante el acceso a servicios de salud de calidad para la interrupción del embarazo:

[...] penalizar la interrupción del embarazo en las 12 primeras semanas sería una verdadera violación a los derechos fundamentales consagrados en nuestra Constitución y en la normatividad internacional porque se atentaría contra los derechos humanos de las mujeres: decidir sobre su propio cuerpo, tener un plan de vida y realizarlo, preservar la salud, la integridad física y mental y vivir en condiciones de la equidad social [*sic*], porque la penalización del aborto es un factor más de discriminación, ya que la mayoría de las mujeres no puede pagar los abortos ilegales caros y bien practicados, sin embargo con leyes o no, las mujeres interrumpen sus embarazos [GDB, 171].

A la vez que se subraya el efecto discriminatorio de la penalización, se postula un amplio concepto de la salud que incluye la salud física y la autonomía, y se alude a la igualdad y la equidad como elementos de una política pública basada en la Constitución pero también en la Ley de Igualdad de 2006 y en instrumentos internacionales.

En este marco, es coherente destacar, como estrategia discursiva, las ventajas y beneficios de la despenalización: los derechos humanos son de todas las mujeres y deben garantizárseles a todas. Así, la legalidad del aborto hasta las 12 semanas garantizaría el derecho a la protección de la salud de las mujeres mediante el acceso universal a un aborto realizado en forma segura, con higiene y con la intervención de profesionales capacitados, como se expone aquí:

La única vía que tenemos como sociedad para garantizar la salud de las mujeres, su no exclusión, la no criminalización de sus conductas, la no criminalización de la pobreza y el derecho al pleno respeto de su capacidad de ejercicio y de su derecho a decidir, es la legal. Las cifras que aquí se han presentado como argumento de defensa por las autoridades capitalinas y por las organizaciones civiles dan cuenta de la urgente necesidad de regular una realidad, que dio sustento al actuar de los legisladores [LQC, 254-255].

Como puede notarse, a diferencia de lo que se plantea en el discurso conservador, aquí se recurre a los estudios que muestran las consecuencias del aborto clandestino en términos de salud, para sustentar la necesidad de que el Estado intervenga como regulador. En este sentido, lo mismo que en países con legislaciones liberales acerca del aborto, el Estado (aquí el gobierno del D.F.) es garante de derechos y con la nueva legislación cumple sus obligaciones internacionales y su responsabilidad constitucional. También se pone el acento sobre el derecho a decidir de las mujeres de seguir o no un embarazo y decidir acerca de su reproducción, un derecho reivindicado en diferentes acuerdos internacionales.

Más allá de la norma en abstracto, se destaca la importancia de la reforma del D.F. en 2007 para garantizar el derecho a la protección a la salud:

[...] la ALDF ejerció constitucionalmente sus facultades, aprobando la reformulación al tipo penal contenido en el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal. [...] En tal virtud, siendo lícita la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, la prestación de los servicios médicos necesarios para tal efecto se convierte en un componente del derecho a la protección de la salud, en términos del artículo 4º, [...] ya que en caso de no ser garantizado tal acceso, básicamente resultan perjudicadas las mujeres de escasos recursos económicos, que ante la imposibilidad de sufragar los costos de la atención médica que requieren, se ven obligadas a recurrir a personas que carecen de conocimientos médicos o a procurarse a sí mismas la interrupción del embarazo, lo que genera un grave problema de salud pública, consecuencia de las muertes y afectaciones graves a la salud de las mujeres, trasgrediendo con ello el artículo 1º, párrafo tercero constitucional [EAI, 222-223].

No sólo se trata entonces de inscribir el derecho en la ley sino de volverlo real en la práctica, lo que implica, en este caso, dar acceso a servicios de salud para ese efecto específico. Cabe notar que no sólo se advierte contra la desigualdad, se alude también al carácter preventivo de ese acceso. Se trata de evitar desigualdades, errónea información o manipulación médica, con base en un concepto de salud pública amplio que supone una relación de obliga-

ción del Estado hacia las personas. Si se tiene en cuenta la reforma de 2011 al artículo 1º constitucional, puede añadirse que se viola también el marco normativo de derechos humanos.

Contra la despenalización: reinterpretaciones constitucionales

En contraste con estas intervenciones y congruentes con una visión más estrecha del concepto de salud, así como con su negación de que las mujeres embarazadas que desean interrumpir su embarazo tienen el derecho a la protección a su salud mediante el acceso a servicios seguros, las voces opuestas a la despenalización interpretan de otra manera los artículos de la Constitución y de la Ley de Salud del D.F., en busca de la protección de la “vida humana”, del cigoto-embrión-feto. Consecuentemente, rechazan la obligación del Estado de garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la mujer y plantean la necesidad de penalizar a quienes decidan abortar.

Como ya se ha dicho, las voces conservadoras restringen el sentido del derecho a la salud. En el caso específico del aborto, cambian los términos del debate para rechazar lo que llaman falso “derecho al aborto”, que la contraparte no plantea como tal sino como derecho de las mujeres a decidir libremente, de acuerdo a su conciencia, a interrumpir un embarazo en una etapa temprana y, en consecuencia, a acceder a servicios de salud que permitan hacerlo de manera segura, aun cuando carezcan de recursos económicos.

La Asamblea Legislativa del D.F. es errática en su interpretación al señalar que el derecho a la salud es violentado por el Estado cuando impide que las mujeres que deciden interrumpir el embarazo, no tengan (*sic*) derecho a la atención médica eficaz y oportuna, orillándolas a recurrir a personas sin capacidad profesional para que realicen dicha intervención. [...] Concretamente y sin ambigüedades, el pretender concluir que, dentro del derecho a la protección de la salud se encuentra el “derecho al aborto”, es una más de las falacias legislativas [FV-GB, 136-137].

La crítica a los derechos humanos se da con particular intensidad cuando se trata de derechos sexuales y reproductivos, dada

la carga negativa que los conservadores atribuyen a la sexualidad y su rechazo a la educación sexual científica. Desde la perspectiva de la salud y los derechos humanos, llama la atención que se llegue a interpretar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos como “carga” y no como obligación, tal como plantea la siguiente intervención:

[...] la promoción del aborto como un supuesto “derecho sexual reproductivo de la mujer” representa una carga permanente y paternalista para el Estado, con respecto a que, no sólo no castiga una conducta sino que también el Estado “cobija” y es copartícipe en el incumplimiento de las partes para evitar llegar al planteamiento de abortar. En este sentido, un Estado que no penaliza el aborto posibilita a su vez derechos que no conllevan obligaciones manifiestas, no sólo para la madre sino también para el padre [HJLS, 231-232].

Aquí no sólo se afirma que la ley debe penalizar sino que, si no lo hace, otorga derechos sin obligaciones, lo que remite al planteamiento de que los individuos han de ser responsables de su salud, que ya comentamos. El lenguaje crítico del “paternalismo” se dirige contra el mismo Estado interventor que, según un argumento anterior, no debía proteger pero sí penalizar. La pregunta aquí sería si sólo quienes “cumplen” algún pacto implícito merecen que sus derechos se garanticen, idea que llevaría a senderos muy peligrosos. ¿Quiénes y con qué argumentos definen en qué consiste cumplir con ese pacto? ¿El cumplimiento de ese pacto no pretende o implica la imposición o coerción de una maternidad no planeada, no deseada? ¿Implica esto también una obligación de paternidad para el hombre en cualquier circunstancia, incluso si es un violador?

Lo que se está discutiendo en realidad es el derecho o libertad de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sus acciones reproductivas, y la obligación del Estado a proteger la salud de las mujeres ante esa decisión y dadas las consecuencias adversas de los abortos clandestinos. En vez de rebatir en ese sentido, se busca desacreditar la ley como “anticonstitucional”, primero con el argumento, ya conocido, de que el embrión es una persona y el aborto es un asesinato, y luego con argumentos legales que van desde la afirmación

absoluta de la “persona” desde la concepción, hasta el planteamiento de que los derechos de las mujeres, a la salud, o sus derechos humanos incluyendo la libertad, son secundarios a los del embrión:

Es también anti-constitucional el artículo 16-bis-8 de la misma *Ley de Salud del Distrito Federal*, donde dice implícitamente que la interrupción del embarazo antes de cumplidas las doce semanas de gestación constituye “un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Matar a un ser humano inocente, como lo es el embrión, de ningún modo puede constituir el ejercicio de un derecho constitucional [JAG, 91; cursivas en el original].

Con la despenalización del aborto [...] se modifica la axiología que hasta hoy privó en el sistema. Es decir, algunos derechos de la mujer, como son: la libertad sexual y la salud reproductiva, se ubican por encima de la vida en gestación, no obstante que la vida ha sido, es y será el máximo bien jurídico que debe protegerse. Además, el derecho a la vida es una garantía derivada de los artículos 1º, 4º, 14, 16, 22 y 123 constitucionales [MPOM, 202].

En este tipo de planteamientos está implícito el rechazo al argumento de que en caso de ponderación de derechos debe prevalecer el derecho a la vida y a la salud física y psíquica de la mujer embarazada sobre la vida potencial del embrión (Carpizo, 2010). Por el contrario, se da prioridad a éste y se busca presentar un argumento moral y religioso como si fuera una interpretación legal evidente, con referencias a artículos constitucionales que tienen que ver con la libertad, la igualdad, la protección de la vida contra la privación arbitraria de ella, y la salud de la madre y del embarazo (art. 123) que se interpretan en sentido inverso. Así, se añaden a los artículos constitucionales dimensiones que no pueden incluir porque la Constitución no le da al concebido el carácter de persona sino hasta que nace.

La referencia al artículo 123 sirve como base a los recurrentes argumentos que buscan ampliar la protección al producto del embarazo en cualquier etapa:

En el artículo 4º constitucional se protege la salud del producto de la concepción, tal y como quedó indicado en la exposición de motivos y en los dictámenes legislativos a que hubo lugar, en consonancia con la procuración de la salud de los seres humanos y el pleno desarrollo y bienestar de la sociedad en general. [...] el artículo 123 constitucional [...] otorga protección a la maternidad, protegiéndose así la salud de la mujer y la del producto de la concepción. De manera expresa quedó indicado que el patrón está obligado a organizar de tal manera las instalaciones de trabajo que resulte la mayor garantía para la salud de la vida de los trabajadores y del producto de la concepción cuando se trate de mujeres embarazadas. [...] se consigna el derecho de las mujeres a no realizar, durante el embarazo, trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación. Por tanto, debe concluirse que se protege la salud de la madre, pero dada la vinculación que tiene con el producto de la concepción, también la vida de dicho producto [JLSF, 70].

El artículo 123, en su apartado A fracción xv, obliga al patrón a organizar el trabajo de manera que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores y del producto de la concepción. Por ello, prescribe que las leyes deben contener las sanciones precedentes en cada caso. Así, queda claro que el texto constitucional protege, expresamente, la VIDA del producto de la concepción. [...] La jerarquía normativa, señalada en el artículo 133, implica precisamente la concepción sistemática del derecho y supone que ninguna norma puede contradecir a nuestra constitución. Si ya quedó establecido que ésta protege expresamente tanto la vida como la salud del producto de la concepción, es clara la inconstitucionalidad de la reforma penal [AMG, 194-195].

No es de extrañar la importancia que desde una perspectiva contraria al aborto legal se le da al artículo 123, puesto que trata directamente del embarazo. Lo que llama la atención es que se busque interpretarlo como artículo “provida”, cambiando el sentido de la protección que debe darse a toda mujer embarazada: en vez de reafirmarla como medida para que la mujer trabajadora pueda llevar a buen término su embarazo y pueda así ejercer su derecho a la maternidad y a la salud, se deriva de este artículo una

abstracta y supuesta protección del embrión, lo que remite a una lógica cuestionable.

Además de estas interpretaciones *ad hoc* de la Constitución, cabe señalar la omisión de referencias a los derechos humanos de las mujeres, consagrados en instrumentos internacionales. Si ya en 2008 podían contraponerse convenciones internacionales a la lectura conservadora de la Constitución, en términos de igualdad por ejemplo, después de la reforma constitucional del 2011 que da prioridad al principio pro persona e inscribe esos tratados y convenciones como parte de nuestro marco legal, más significativa resulta la ausencia en este discurso de argumentos relativos a los derechos humanos de las mujeres en general y en el campo de la salud en particular. Esta omisión se corresponde con el rechazo de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, términos que los grupos conservadores han buscado eliminar de los documentos internacionales (CIPD y CIPD + 15) y de la legislación nacional, lo que ya lograron a iniciativa del PAN en la Ley General de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (LGDNNA).

DE LA RETÓRICA DE LA LEY A SU IMPLEMENTACIÓN: CULTURA DE PREVENCIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS

El concepto de prevención es central en la visión actual de la salud y el bienestar, lo es también en la salud sexual y reproductiva; la cultura de la prevención y el acceso a servicios de calidad son elementos centrales de la salud pública y del derecho efectivo a la salud. Reducir la ocurrencia de embarazos no deseados y en consecuencia el número de abortos requiere desarrollar y fomentar en la población una cultura de prevención, lo que implica, por lo menos, la implementación por parte del Estado de programas integrales en materia de educación sexual, anticoncepción y planificación familiar, y el desarrollo de servicios para asegurar estas actividades. Estos programas son indispensables como parte de una agenda en el campo de la salud, la salud sexual y reproductiva, la salud pública y del derecho a la salud, para hacer realidad este derecho.

Conforme a los lineamientos internacionales y nacionales, los programas de educación sexual deben proporcionar información sobre los riesgos asociados a la vida sexual, ya sea en términos de infecciones de transmisión sexual o de embarazos, mediante la prevención; pero también deben promover y fortalecer en la población, en particular en adolescentes y jóvenes, su derecho a vivir una sexualidad libre y su derecho a decidir sobre su vida reproductiva, para permitir a los hombres y mujeres tomar una decisión libre, voluntaria e informada respecto al número de hijos que desean tener y cuándo, si es que desean tenerlos.

Paralelamente, los servicios de salud sexual y reproductiva y los de PF proporcionan métodos anticonceptivos que han permitido reducir el número de embarazos y espaciar los nacimientos, y han contribuido también a reducir los embarazos y abortos en edades tempranas, lo que ha incidido en la salud de la mujer y de sus hijos. Como señala Morales Aché (2010), el desarrollo de nuevas tecnologías reproductivas, tales como los métodos hormonales y la anticoncepción de emergencia, permiten a las mujeres regular de manera autónoma su reproducción. El efecto de los programas de PF, sin embargo, no es inmediato y se enfrenta a complejos obstáculos. Boongarts y Westoff (2000: 211), con base en un modelo de los determinantes directos que inciden en el papel potencial de la anticoncepción para reducir el aborto, concluyen que la manera más directa para lograrlo es prevenir los embarazos no intencionales, incrementado la práctica anticonceptiva "efectiva". Ello implica una amplia distribución de servicios clínico-comunitarios en MA, que proporcionen información y consejería para remover las barreras sociales, culturales y psicológicas en la adopción de anticonceptivos. Sin embargo, como apuntan, el alcance y la calidad de los servicios en muchos países en desarrollo aún dejan mucho que desear, razón por la cual la recurrencia al aborto inseguro prevalece a niveles altos.

Además de discutir la función y el tipo de programas de salud sexual y reproductiva o de educación que se consideren adecuados o no, en el debate se aborda el papel de los médicos en el proceso, desde el momento en que la mujer confirma su embarazo hasta el procedimiento de interrupción mismo. Mientras unos afirman la importancia de la ética y la responsabilidad profesional, otros

evocan la objeción de conciencia para no practicar abortos. Esto se resuelve en la Ley de Salud del D.F., que reconoce y regula la objeción de conciencia como práctica individual pero no la objeción institucional.

A favor de la despenalización: prevención y justicia social

Quienes apoyaron la reforma de 2007 retomaron estudios que confirman los efectos positivos de la despenalización en un periodo determinado, cuando va acompañada de acciones dirigidas a garantizar el acceso a servicios de salud seguros y de calidad y a fomentar la prevención de embarazos no deseados, como expusimos en el capítulo anterior:

Es un hecho ampliamente documentado que cuando el acceso a interrumpir el embarazo se ofrece junto con servicios de anticoncepción y educación sexual preventiva se logra, a mediano plazo, disminuir la tasa de abortos inducidos [GRR, 152].

Las investigaciones muestran que a mayor uso de anticonceptivos efectivos (como los orales, el dispositivo intrauterino DIU, la esterilización, etc.), la tasa de abortos (inducidos y espontáneos) se reduce. [...] Una vez que la cobertura de anticonceptivos mejoró, se observó una reducción muy significativa en la incidencia del aborto. [...] Se considera que si aproximadamente 80 por ciento de las mujeres utilizaran métodos anticonceptivos seguros, efectivos y de forma adecuada, la demanda potencial de aborto y su incidencia se reducirían a niveles muy bajos [FJC, 42-43].

Se plantea también que la prevención otorga a los hombres y mujeres la posibilidad de tener una sexualidad libre, sin riesgo, y el derecho a decidir sobre su vida reproductiva, lo cual se inscribe en el marco del derecho a la salud y de los derechos humanos, y en el concepto de bienestar que hemos venido comentando:

[En relación con la reducción de abortos inducidos], esto sólo se logrará [...] reforzando de manera integral la atención a la salud sexual

y reproductiva, como 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; fortaleciendo las medidas de prevención de los embarazos no planeados y no deseados, y por ende de los abortos inducidos, mediante programas y servicios de educación sexual, de planificación familiar y anticoncepción, fomentando la maternidad y la paternidad responsables, en el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas [RS, 124].

Al plantear claramente el objetivo de ofrecer alternativas para que las mujeres no recurran a abortos inseguros y también disminuir esta práctica o su repetición, se alude a la importancia de los programas de salud pública, que incluyen la promoción de la maternidad y paternidad responsables para garantizar el derecho a la salud, lo que contrasta con la vaga afirmación de “mejorar los servicios”. Esto es también lo que lleva a valorar la reforma de 2007 como una política pública integral:

Uno de los más importantes aciertos de este decreto [la Ley de Salud del Distrito Federal] es que contempló una estrategia integral cuyo impacto en la salud reproductiva de las mujeres está bien documentada. La reforma [al Código Penal del Distrito Federal] combina tres aspectos sustanciales: además de abrir el acceso a la interrupción del embarazo, se incluyó el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, y más, se adicionó la promoción permanente e intensiva de prácticas preventivas mediante la educación sexual [GRR, 151].

Este tipo de planteamientos corresponde casi a una descripción del objetivo y de muchos logros de la reforma; la traducción de una ley en acciones mediante las distintas fases de esta política pública y la claridad de la explicación contrastan con el ímpetu, y el tono de indignación, de quienes acusan a los partidarios de la reforma de irresponsabilidad o de promover la muerte. En este sentido, la amplia exposición de lo que se considera una política integral puede leerse como una estrategia discursiva que indirectamente descalifica a quienes no entienden el concepto de salud pública y el derecho a la preservación de la salud de las mujeres. A la vez, la enumeración de beneficios para la mujer, en términos de derechos

y salud, contrasta con las desventajas de la penalización que aparece como falsa solución al problema:

[La despenalización] le permite [a las mujeres] acudir a los servicios públicos de salud de esta ciudad, recibir información y consejería, decidir con el apoyo de los profesionales de la salud sobre la mejor opción en relación con ese embarazo, y recibir atención segura y de calidad. Y no la condena a la cárcel ni a riesgos inaceptables para su vida y su salud [RS, 129].

Así, de manera recurrente, contra la penalización, se señalan los problemas que ésta acarrea: la condena moral y legal agrava los problemas de las mujeres, argumento corroborado por los efectos punitivos de las contrarreformas que ya hemos documentado. Se hace notar asimismo que la penalización conlleva también costos para la sociedad, y costos económicos para las propias instituciones, que pueden evitarse, lo cual apela a la lógica de la salud y la no discriminación y a cierta lógica de mercado:

[La legislación restrictiva] provoca también altos costos para los sistemas de salud que han de atender las complicaciones que se deriven de la realización de abortos en condiciones inadecuadas [SLS, 60].

Estudios sobre el aborto en México confirman este argumento. El de Juárez *et al.* (2013: 15), por ejemplo, señala el elevado costo de las complicaciones de los abortos inseguros: “36% de los abortos inducidos resultan en complicaciones que requieren atención médica”. Estimaban en 2007 que para las mujeres pobres en zonas urbanas el costo de un “aborto clandestino de un médico en una clínica o un consultorio privado” se situaba entre 400-700 pesos mexicanos o 40-60 dólares de entonces. A su vez, el aborto inseguro también tenía un costo elevado para el sistema de salud, como lo muestran Levin *et al.* (2009) en su estudio de la Ciudad de México. Según éste el costo promedio de abortos realizados con procedimientos quirúrgicos en hospitales públicos de esta ciudad en 2005 fluctuó entre 111-143 dólares, y con misoprostol fue de 79 dólares. El costo por atender complicaciones severas varió entre 601 dólares y más de 2 100 dólares. En otro estudio realizado en 2008, entre proveedo-

res de servicios de aborto privados, el costo varió de un mínimo de 35 dólares a un máximo de 1 109 dólares (Schiavon *et al.*, 2010). Por otra parte, si usan el misoprostol clandestinamente pagan en la farmacia entre 500 y 700 pesos; si consultan a proveedores tradicionales el costo varía entre 600 y 1 500 pesos, y entre 600 y 2 000 pesos, si consultan a enfermeras o parteras capacitadas (Juárez *et al.*, 2013). Ninguna de estas cifras incluye los costos sociales y personales para las mujeres y sus familias.

A la conjunción de argumentos lógicos, médicos y económicos, se aúna en estas intervenciones un sentido de responsabilidad social que alude al sentido de la ley y a la responsabilidad del Estado como garante de derechos y no como agente de imposición:

Nadie considera que abortar sea bueno, todos estamos de acuerdo en que lo ideal sería prevenir embarazos no deseados, pero la realidad no cambia por decreto y el legislador tiene que legislar para un mundo real [JACP, 49-50].

En el mismo tenor de realismo y sentido social, se expresa indignación ante la injusticia y el maltrato que viven quienes recurren al aborto, en particular si es clandestino:

[...] el grueso de las mujeres que abortan son pobres: mujeres que muy probablemente no tuvieron ningún tipo de educación sexual, que desconocen cualquier tipo de método anticonceptivo, que viven en contextos sociales machistas o en los que frecuentemente sufren de violencia por parte de sus propias parejas [...]. La ley que penaliza el aborto castiga a estas mujeres no sólo por falta de prevención de la que muchas veces ni siquiera estaban conscientes, sino también por su falta de educación, su ignorancia, su desconocimiento de métodos anticonceptivos y a fin de cuentas su marginación [OM, 88].

La preocupación por la injusticia social va más allá de la denuncia en la medida en que se basa en un diagnóstico de la realidad que explica, así sea en parte, la falta de prevención derivada de falta de educación y de la ignorancia, y que corresponde al concepto integral de salud pública, que no desliga los problemas personales del ámbito público puesto que las deficiencias en la

educación y la cultura son fallas de un sistema social desigual. De ahí que en este discurso se descalifique el recurso a la ley penal porque agrava el problema, personal y social, y en cambio se insiste en proponer soluciones o en destacar la reforma del D.F. como una solución adecuada a un problema de salud pública y de justicia social. En un sentido puede plantearse que este grupo, con sus matices, desarrolla un discurso constructivo en que a la denuncia sigue la propuesta. Por ejemplo, se critica la discriminación y el maltrato por parte del personal médico y se retoma un lema (feminista) que resume todo un programa de salud, o se contrapone la defensa abstracta de “la vida” con la defensa del derecho a la vida y a la salud de las mujeres desde una visión amplia de la salud que incluye una responsabilidad social de largo plazo, como puede leerse en las dos intervenciones siguientes:

A las mujeres que abortan [...] se les trata como delincuentes. Se les practica una atención médica agresiva por parte del personal médico, en particular por el masculino. Los proveedores de salud se erigen en jueces y verdugos de las mujeres. [...] Los lemas, *educación sexual para decidir, anticonceptivos para prevenir y despenalización para no morir*, sintetizan el reclamo de las mujeres mexicanas [PG, 58; cursivas en el original].

La diferencia sustantiva entre quienes defienden un principio abstracto de vida y las feministas es que nosotras consideramos que para prevenir los embarazos no deseados es necesario un largo proceso educativo, con una buena y explícita educación sexual y una amplia oferta de métodos anticonceptivos, seguros y baratos, además de la erradicación de la violencia sexual y la pobreza. Mientras no existan esas condiciones habrá que remediar los embarazos no deseados. Y ese remedio es la interrupción legal del embarazo [ML, 37-38].

Cabe señalar que en este proceso discursivo que configura la legalización del aborto como una solución integral de salud, se insiste en la necesidad de una educación sexual efectiva y no se excluyen temas complejos como los derechos de los médicos que se declaran objetores. Esto fortalece el argumento de que se busca garantizar el derecho a la salud de las mujeres en un marco de libertades, en cuanto no se justifica ninguna “imposición”:

La reforma no se quedó en sólo el respeto a la libertad por parte de las instituciones públicas, sino que además incluyó en la Ley de Salud obligaciones muy precisas para la atención, orientación y apoyo a las mujeres en toda la red hospitalaria de la ciudad. Además [...] continuará con su tarea de prevenir los embarazos no deseados y garantizar la objeción de conciencia. Se trata de garantizar la libertad de todos (LBA, 190).

Como puede notarse, los programas y servicios de prevención ocupan un lugar muy importante en el debate sobre el aborto, y son fundamentales para construir y difundir una cultura de prevención en las mujeres y los varones. Sin embargo, es preciso recordar que las medidas de prevención nunca eliminarán por completo los embarazos no deseados y que por sí solas no son un medio para evitar todo aborto, pero sí para prevenirlo. Como se ha señalado en otros capítulos, las causas o razones que explican el embarazo no deseado son múltiples, pero el prevenir dichos embarazos requiere inevitablemente, además de la prevención, y como parte del derecho a la salud, el acceso a servicios seguros y de calidad para interrumpir un embarazo no deseado.

Contra la despenalización: ¿ni aborto ni planificación familiar?

Uno de los principales argumentos de quienes se oponen a la despenalización del aborto es la afirmación de que esto implica convertirlo en un método de planificación familiar, medida contra la que se han pronunciado tanto la comunidad médica como instancias internacionales. Como se verá, esta argumentación carece de sustento pero va de la mano con un rechazo de las políticas que garantizan los derechos sexuales y reproductivos y de los programas de prevención cuya efectividad se ignora o descalifica. Otro punto importante del debate es la objeción de conciencia de los médicos, a los que se atribuye de antemano una oposición al aborto, configurado aquí también como la imposición de un acto criminal. Así, más que un debate en el ámbito médico o de la salud, lo que se plantea desde esta posición es una polémica desde “valores” que, desafortunadamente, conlleva más omisiones y desin-

formación que argumentos fundamentados. Señalamos esto desde un inicio pues pasar por alto o malinterpretar los datos de estudios científicos, como los que mencionamos en el capítulo 5, es un recurso común en el discurso conservador.

Una práctica discursiva frecuente, sin ningún sustento, por parte de este grupo, es equiparar el aborto con un método de planificación familiar, o afirmar que desempeña un papel central en los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre este tipo de afirmaciones destacamos algunas que muestran cómo distintos argumentos se usan en el mismo sentido y cómo el rechazo del aborto legal y el rechazo del libre ejercicio de la sexualidad no procreativa van juntos.

Por ejemplo, desde ángulos diversos, se plantea básicamente lo mismo: la reforma del D.F., equipara el aborto con un método de planificación familiar, como se afirma en las intervenciones siguientes:

Con esta reforma, el Gobierno del Distrito Federal utiliza al aborto como un método de planificación familiar, siendo que México suscribió dos declaraciones en Conferencias Internacionales en las que se compromete a no promover en ningún caso al aborto como método de planificación de la familia. Además, contraría la Ley General de Salud al introducir el concepto de “Salud Sexual y Reproductiva”, asimilándolo al de Planificación Familiar, para que de esta manera se pueda incluir al aborto como método anticonceptivo [PBR, 199].

Al reformar la Ley de Salud del D.F., y adicionar este artículo, el gobierno local se arroga el derecho de cambiar el concepto de Planificación Familiar por el de “Salud Sexual y Reproductiva” para poder incluir al aborto como método anticonceptivo, a pesar de que México se comprometió a no hacerlo, al participar como miembro en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, China, y en ambas suscribió Programas de Acción que dicen lo siguiente: *“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia”* [PBR, 199-200, cursivas en el original].

Como puede notarse, ambas citas dicen lo mismo, en distinto orden y con los mismos referentes, lo cual sugiere que éste es un argumento básico común en este grupo. Lo que llama la atención es el desconocimiento de los motivos que llevaron a cambiar el programa de planificación familiar por el de salud sexual y reproductiva, ya que en el primero las iniciativas se limitaban o priorizaban difundir y ampliar el acceso a los MA, mientras que en el segundo se adopta una visión integral, como relatamos en el capítulo 1. También llama la atención la referencia a la autoridad de conferencias internacionales que se ocupan de la condición de la mujer con un sentido progresista y a partir de las cuales se ha buscado promover la igualdad y una mayor autonomía para las mujeres, a las que se opone este grupo, sólo para descartar el aborto legal. Esto contrasta con la elisión de este tipo de documentos cuando se trata del derecho a la salud, que en tiempos recientes se ha sustituido por un intenso activismo para modificar el término “derechos sexuales y reproductivos” de esos documentos, como ya hemos señalado.

Cabe notar asimismo que estas y otras intervenciones repiten la falacia de que quienes apoyan la reforma buscan promover el aborto como método de planificación familiar. Si suponemos que quienes hacen esta afirmación saben que faltan a la verdad, cabe preguntarse qué utilidad ven en ello. Sin duda es una afirmación efectista en tanto sugiere que el aborto, como último recurso o recurso extremo, se convertiría en práctica común. Puede pensarse también que con ella se busca descalificar todo tipo de programas de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, vistos y configurados como medios para promover una sexualidad temprana y fuente de múltiples males, tal como se afirma también desde esta posición:

[...] despenalizar el aborto, es justificar tácitamente el fracaso del programa de educación sexual y de la anticoncepción. Más aún, con dicho programa se ha promovido el inicio temprano de la vida sexual activa, y se ha omitido la referencia al índice real de efectividad de los métodos anticonceptivos. Desde la promoción de esta conducta, a nivel internacional, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual se ha incrementado por diez, así como el número de embarazos

no deseados ha aumentado, y el de abortos no penalizados o clandestinos, también. [...] Sin embargo, lo que sí es un hecho, es que con nuestros impuestos se pagan también las consecuencias del fracaso de los programas de educación sexual y del 10% al 25% de ineficacia de los métodos anticonceptivos, es decir, se nos obliga a contribuir al mal, lo cual es contrario a nuestra conciencia [MTM, 185].

Ligar la despenalización con un supuesto fracaso de programas de educación sexual corresponde a la estrategia de configurar el aborto como una falsa solución al problema del embarazo no deseado, que en vez de disminuir habría aumentado debido precisamente a estos programas. Lo que se plantea es entonces un doble fracaso que no merece sino una condena o el rechazo de la sociedad: ¿quién aceptaría convertir el aborto en “método de planificación familiar” si además el conjunto de estos métodos no sirven, contribuyen al mal y hasta son contraproducentes? La racionalidad que se sigue aquí es obvia: se busca provocar un rechazo contundente de ambos. El problema es que los datos con que se documenta el supuesto fracaso de los programas de planificación familiar son falsos y que en la reforma del D.F. en modo alguno se considera el aborto como un método más de planificación.

Sin embargo, lo que no es falso es el horror, o por lo menos el rechazo, a la sexualidad, en particular de las jóvenes, que también se expresa en ésta y otras intervenciones, aquí con otro falso postulado. La idea de que la sexualidad se ejerce más temprano debido a la educación sexual y los programas de PF ignora la tendencia mundial a ejercer la sexualidad a edades más tempranas, que hace tanto más importante la educación sexual en cuanto, en vez de promoverla, la educación puede, por el contrario, dar información para que las prácticas sexuales se inicien más tarde, para que niños y niñas reconozcan abusos a edades tempranas o para que, de ejercer la sexualidad a edades tempranas, la población adolescente se proteja. Éste es el sentido de las recurrentes recomendaciones del Comité de la CEDAW y otros organismos internacionales a México en el ámbito de la salud y de la prevención de embarazo adolescente en particular.

Por otra parte, cabe destacar la mezcla de argumentos económicos y morales que apelan a la indignación de la ciudadanía

contra la despenalización del aborto y contra los programas de planificación: ¿por qué despilfarrar impuestos en programas inútiles, pagar sus consecuencias?, preguntan. Y, peor, ¿Por qué pagar las consecuencias de impulsar “el mal”? Dado que, en efecto, muchos impuestos se invierten en obras inconclusas y programas ineficientes, en excesivos sueldos y prestaciones a altos servidores públicos, los contribuyentes pueden ser sensibles a este tipo de argumentación, reforzada emocionalmente con el recurrente concepto del “mal” para descalificar y estigmatizar a la contraparte.

Nuevamente, sin embargo, la pregunta es ¿de dónde salen los datos citados?, y ¿a qué consecuencias negativas se refieren? Afir-mar en efecto que se ha gastado demasiado en salud sexual y reproductiva y en PF, pasa por alto análisis como el que realizó un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (Ávila-Burgos, Cahuana-Hurtado *et al.*, 2014), según el cual el gasto en salud reproductiva y equidad de género en 2010 representó el 0.33% del producto interno bruto y 5.3% del gasto total en salud. A su vez, el gasto en planificación familiar representó 5.9% del gasto total en salud reproductiva en ese mismo año, y fue de 5.3% en 2003 y 2004. ¿No habría que pensar más bien en aumentar esta inversión que, al prevenirlos, permite reducir los costos (económicos y sociales) por embarazo precoz, servicios de aborto y tratamiento por complicaciones debidas al aborto inseguro? ¿No es mejor invertir en programas de educación sexual y PF eficaces que promover la abstinencia o proponer vaguedades a niñas, niños y jóvenes y negarles el acceso a métodos anticonceptivos efectivos?

Pese a este tipo de evidencias, los argumentos efectistas y falaces se repiten en otras intervenciones, como la siguiente, que incluye las mismas afirmaciones sin fundamento:

Una de las razones que pueda explicar este fracaso en la política global para la reducción de la mortalidad materna radica en que gran parte de los recursos se han dirigido hacia agencias de planificación familiar que promueven los “servicios de salud sexual y reproductiva”, en los cuales el aborto juega un papel central, en lugar de ser destinados a mejorar el sistema de salud (inversión en la mejora de hospitales, equipos, cuidados de emergencia y medicinas) y otros aspec-

tos básicos como acceso al agua potable, al saneamiento y a la mejora de la alimentación [HJLS, 235-236].

Aquí no sólo se descalifica y condena al fracaso los programas nacionales sino a toda la política “global” en materia de salud reproductiva, con afirmaciones inexactas que sugieren que no vale la pena destinar recursos a prevenir embarazos no planeados y no deseados. Esto, por el contrario, ha sido central en la disminución del aborto en países que lo han despenalizado y que cuentan con servicios de salud de calidad para atender las complicaciones por abortos inseguros. También es importante destacar que no todas las mujeres que tienen complicaciones después del aborto reciben atención médica: según Singh *et al.* (2009), de los 19.2 millones de abortos de alto riesgo que ocurrieron en 2008 en el mundo, 40% terminaron con complicaciones; de éstos, 25% recibieron atención médica y 15% no acudieron a los servicios de salud para ser atendidas por complicaciones de aborto, por temor a la actitud de los proveedores de salud o bien por falta de acceso a dichos servicios. Lo que varía en esta intervención es que plantea una alternativa que, como señalamos antes, apunta a deficiencias y desigualdades reales que pueden incidir en la MM pero que no tienen que ver directamente con la despenalización del aborto.

Ante tales afirmaciones, conviene recordar que, en los hechos, los programas de planificación familiar y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos no han fracasado: han permitido reducir los altos niveles de fecundidad que caracterizaron a México en los años setenta del siglo XX; a disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil, en particular los de mortalidad neonatal.³ Cuando se dio un mayor estancamiento en los programas fue durante los gobiernos del PAN, contrarios al aborto y al derecho a decidir de las mujeres y los hombres sobre su vida sexual y reproductiva. Cabe recordar también que, ya al inicio de los programas de PF en México, en los años setenta, quienes se oponían a la

³ Se ha reconocido que estos programas redujeron las tasas de crecimiento de la población en México en corto tiempo, situación que permitió una reducción del tamaño de la población, al pasar de 48.2 millones en 1970 a alrededor de 118 millones en 2014, en lugar de los cerca de 200 millones esperados para ese año (véase Ordorica-Mellado, 2014).

planificación familiar afirmaban que promovería la actividad sexual irresponsable, efecto que en el siglo XXI atribuyen a la despenalización del aborto.

En este mismo sentido, conviene señalar que los datos acerca de los efectos de la reforma de 2007 contradicen los postulados de las voces conservadoras que la descalificaron. Por ejemplo, los servicios de anticoncepción post-aborto proporcionados en los hospitales del D.F., en que se ha implementado el programa de la ILE permitieron que 89% de las usuarias que realizaron una interrupción legal del embarazo en ellos, adoptaran un método de anticoncepción después de la ILE, métodos altamente seguros como el DIU (23.3%), los hormonales (pastillas 9.7% e inyecciones 6.5%) y OTB (2.1%), para el periodo de abril 2007 a abril 2015 (GIRE, 2015). Por otro lado, tampoco es válido afirmar que la despenalización ha provocado un auge de abortos de menores (como cabría esperar si la despenalización promoviera la sexualidad temprana), puesto que, como también se ha documentado, la elevada tasa de abortos inseguros en los adolescentes y jóvenes ha venido aumentando en el contexto punitivo de México (Juárez, 2013).

La prevención en el quehacer de los profesionales de la salud

Como ya señalamos, otro punto en que el debate fue, y es intenso, tiene que ver con el papel del personal de salud. Lo mismo que en el tema de la prevención que acabamos de comentar, más que argumentos complejos se plantean afirmaciones contundentes, en que aquí se mezclan verdades y falsedades. Se retoma el discurso de denuncia de (supuestas) imposiciones y se contraponen los valores morales (de los médicos) a la criminalidad (del aborto y las leyes).

Hay quienes plantean, como hemos visto, que la despenalización o el programa de la ILE obliga al personal a practicar abortos, contra su voluntad, no obstante que el “deber” remite a la obligación que tiene el personal de salud de cumplir con su trabajo. Se repite así una afirmación sin sustento, ya que en este programa se contempla la objeción de conciencia; es decir, la ley no viola el derecho de los médicos ni los obliga a practicar abortos. Así, por ejemplo, se afirma que:

[...] los artículos impugnados de la Ley de Salud del Distrito Federal son violatorios del derecho de los médicos servidores públicos del sector, ya que es su obligación realizar la interrupción del embarazo de aquellas mujeres que así lo soliciten, violentándose su derecho de negarse a ello por razones de conciencia, so pena de ser sancionados administrativamente por la ley de la materia [EMM, 80].

Como hemos dicho, es válido apelar al derecho de los médicos a realizar cualquier procedimiento o regulación médica pues, en efecto, pueden enfrentar un dilema ético en determinadas circunstancias. La cuestión es por qué, de nuevo, se opta por falsear el sentido de la ley. En todo caso, las intervenciones amplían la explicación del problema desde el punto de vista de los posibles objetores. En primer lugar, se alude al juramento de Hipócrates que en su versión original incluye la prohibición de dar abortivos a una mujer. Desde ahí se desarrollan otros planteamientos que se refieren a un sentido particular de la medicina, que restringe el sentido de la salud (excluyendo la salud pública) y que da prioridad a la vida del embrión por encima de la salud de la mujer. Por ejemplo,

Los médicos como profesionistas estamos para defender la vida y la salud, y evitar las enfermedades, tratar siempre de curar a los enfermos y, cuando no lo podemos hacer, debemos aliviarlos y consolarlos, nunca matarlos. Nadie estudia medicina para dedicarse a los abortos, esta es una de las promesas del juramento hipocrático [MPCM, 226].

La generalización desde el nosotros que busca o puede atraer la simpatía hacia el conjunto de médicos, caracteriza a éstos como seres responsables y empáticos con sus enfermos. La particularidad aquí es que esos “enfermos” de los que se habla no son las mujeres sino los embriones o fetos, puesto que está implícita la idea de que practicar un aborto es “matar”. En el mismo tenor pero en un tono menos emocional, se plantea otro aspecto del dilema si se afirma que:

Cuando una paciente acude con un médico solicitando se le practique un aborto, se ponen en juego dos libertades: la de la paciente y la del médico. Con base en este principio, el médico puede ejercer la objeción

de conciencia. También puede negarse a participar en el procedimiento de aborto solicitado. El médico por el carácter mismo de su profesión, sabe que matar a un ser humano inocente no es algo para lo cual fue entrenado [OJMG, 240].

Si bien el sentido es básicamente el mismo: el médico debe poder acogerse a la objeción de conciencia si considera que el aborto equivale al homicidio; la referencia a las “dos libertades” remite en un primer momento al campo legal y al ámbito personal y religioso, al dilema para el médico objetor, hecho real en muchos casos. Lo que modifica la solidez y el registro del argumento, sin embargo, es la afirmación, recurrente como hemos visto, de que practicar un aborto es matar a un ser humano. De nuevo aquí, más que cuestiones éticas, se involucran en este tipo de argumentación cuestiones morales. La recurrencia de este tipo de afirmaciones no es de extrañar puesto que a ellas subyace la idea de que la vida empieza desde la concepción. Lo que llama la atención es que en este concepto médico las mujeres no existen o son un personaje secundario cuya salud y bienestar no se tiene en cuenta. Esto sugiere que la formación de los médicos objetores o sus voceros está marcada por una visión patriarcal que puede coincidir o no con la ideología ortodoxa de la Iglesia católica y que, desde la ciencia y en nombre de la conciencia, subordina la salud y el bienestar de las mujeres a la decisión del médico o médica y a lo que éste/a considere “vida humana”.

En el contexto actual, cabe señalar que en los estados de la república en que se ha criminalizado el aborto ha habido médicos y personal de salud dispuestos a denunciar a mujeres por haberse practicado abortos inseguros o que se han negado a atenderlas por las complicaciones derivadas de éstos, con lo que violan el juramento hipocrático que prescribe apartar de la paciente “todo daño e injusticia” y guardar el secreto profesional (Asociación Médica Mundial, s.f.). En este sentido, en 2006 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) emitió una resolución para definir los derechos y obligaciones de los ginecólogos y obstetras en el campo de la salud reproductiva (Arévalo *et al.*, 2011). Entre éstos se señala la obligación ética hacia sus pacientes para beneficiar y evitarle daño a toda mujer a su cargo; la obligación de informar

a sus pacientes sobre las opciones de tratamientos y de respetar su elección. A su vez, el personal médico tiene el derecho de llevar a cabo o no ciertas prácticas conforme a sus propias convicciones, pero si deciden no llevarlas a cabo, deben referir a las mujeres hacia otros prestadores de salud. En caso de emergencia, si la vida o la salud de la mujer está amenazada, la FIGO especifica que, incluso si es objetor, el médico debe asegurar el tratamiento necesario para no poner en peligro a la mujer.

Cabe entonces cuando menos cuestionar la solidez ética de los objetores de conciencia, dispuestos a la vez a defender la vida del embrión y a condenar a mujeres y niñas a la criminalización social y penal. Cabe también preguntarse ¿quiénes son los médicos que se declaran objetores en las instituciones públicas pero no en su práctica privada?, y sobre todo, ¿qué validez ética tienen quienes han obligado a continuar un embarazo impuesto, por violación o incesto, a niñas de 9 y 10 años, en nombre de la vida del producto de esa violación? ¿Estas acciones de los profesionales de la salud contribuyen a prevenir los embarazos no deseados y los abortos? Éstas no son sólo cuestiones éticas importantes sino también asuntos de salud, salud pública y del derecho a la salud.

Las posturas que rechazan el aborto seguro, que argumentan contra la educación sexual y el acceso universal a los métodos anticonceptivos efectivos, comparten una visión reducida de la salud, restringen el sentido de la salud pública y ponen en cuestión el derecho a la salud para todas las personas. Las consecuencias de este rechazo son negativas para la población en general, ya que limitan o pueden limitar el impulso, y por ende el impacto, de las políticas de planificación familiar y de educación sexual integrales y efectivas; afectan también la salud y el bienestar de las niñas y mujeres que enfrentan un embarazo no deseado. No por recurrente es menos notorio que, en el ámbito de la salud en particular, las argumentaciones de los voceros conservadores se basan en premisas inexactas o falsas y en interpretaciones a modo de los hallazgos científicos. Si esto ya es evidente en los aspectos que hemos analizado en estos dos capítulos, en el siguiente se hace más patente cómo se ignora la ciencia y se opta por estudios carentes de rigor cuando se trata de probar los efectos perniciosos del aborto (seguro e inseguro) en la salud mental.

ABORTO INDUCIDO Y PROBLEMAS EN LA SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

Una de las principales circunstancias por las cuales se permite el aborto, aun en marcos jurídicos restrictivos, se refiere a las implicaciones en la salud mental de las mujeres que recurren a dicho procedimiento ante embarazos no intencionales, no deseados o no planeados; es por ello que no sorprende que sea éste uno de los argumentos de quienes favorecen la despenalización del aborto como medio de hacer efectivo el derecho fundamental a la autonomía reproductiva, y como medida que favorece que las mujeres tengan una vida física y mental saludable. Tampoco es extraño que quienes se oponen a la despenalización del aborto y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres retomen continua y enfáticamente este tema, como se observa también en su discurso actual, e intenten demostrar presumibles y adversas condiciones y consecuencias por la interrupción del embarazo en la salud mental femenina.

Analizar la relación entre el aborto inducido y la salud mental de las mujeres es complejo, dados los múltiples factores y las interrelaciones existentes entre ambos temas, pues a cada uno corresponden discusiones específicas y aristas sensibles, así como dificultades de abordaje epistemológico, teórico y metodológico. Por ello, es necesario partir de la premisa básica de que este es un tema polémico y que para abordarlo se deben integrar amplias visiones que no necesariamente corresponden sólo a la psiquiatría o a la psicología. Estamos hablando ante todo de la vida y el bienestar

de las mujeres. La salud mental en sí misma es además una cuestión compleja y multidimensional frente a la que han de evitarse acercamientos reduccionistas y deterministas. En el caso concreto de la relación entre aborto inducido y salud mental, numerosos estudios la abordan por medio de aproximaciones cuantitativas y con enfoques epidemiológicos. No obstante, las herramientas y diseños metodológicos utilizados en estos estudios no son lo bastante sensibles con las variables, sobre todo las de orden subjetivo, que desempeñan un papel crucial en el análisis de estos temas.

Para hablar de salud mental y aborto, como plantearemos aquí, hay que tener en cuenta otros factores que van desde lo más concreto (como la condición socioeconómica de la mujer embarazada, su grado de exposición a la violencia, sus posibles antecedentes de enfermedades mentales, su situación conyugal o el tiempo y tipo de relación con las personas cercanas a ella, su posibilidad de acceso a servicios de salud de calidad, el número de abortos previos, los métodos a los que se recurre para practicar el aborto, y el uso de sustancias) hasta lo más complejo, como el nivel de deseo e intencionalidad del embarazo, el valor que se otorga a la maternidad, el marco legal del aborto, y la religión o los valores que inciden en su vida.

Cuando se postula una relación directa entre el aborto y el deterioro de la salud mental de las mujeres se están dejando de lado todos esos factores concretos y específicos, lo cual es grave, sobre todo si eso se utiliza en el diseño de leyes y políticas públicas que rigen la vida pública y privada de las personas, con las que se cancelan opciones, derechos y libertades de la ciudadanía, como ya ha sucedido en tres entidades del país. En cambio, ampliar la mirada para abarcar un espectro de condiciones específicas en torno a la decisión o el hecho del aborto permite ofrecer interpretaciones que den cuenta de la realidad que se analiza, sin sesgos, falsedades, inexactitudes, prejuicios, y llegar a conclusiones que condenen menos y expliquen más.

En este capítulo analizamos cómo se relacionan estos dos temas en el debate acerca de la despenalización del aborto. Como en los capítulos anteriores, examinamos posiciones polarizadas. El grupo que se opone a la despenalización pretende demostrar que sí existe una relación directa, negativa, entre el aborto y la salud mental,

donde aquél es el factor principal que desencadena los trastornos. En cambio el grupo favorable a la despenalización desmiente ese tipo de vínculo porque tiene en cuenta la trayectoria de vida de las mujeres, antes y después del aborto. Una diferencia significativa en sus intervenciones es que, en este caso, los argumentos conservadores abundan, mientras que las intervenciones específicas sobre el tema por parte de quienes favorecen la despenalización son escasas, pero con una firme posición basada en una crítica a la interpretación de las evidencias disponibles. Dedicamos un capítulo específico a este tema porque consideramos que es indispensable considerar la salud mental para garantizar el acceso y ejercicio del derecho a la salud de las mujeres. Por tanto, buscamos explicar por qué los resultados de investigación en que suelen basarse quienes se oponen a la despenalización son cuestionables en términos científicos, y mostrar interpretaciones que sí son rigurosas y más útiles para diseñar políticas públicas efectivas.

ACERCA DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El diagnóstico de la situación mental de las personas exige considerar su historia de vida, sus condiciones y una variedad de factores que inciden en su bienestar físico y mental. En cuanto a las mujeres que recurren al aborto, diagnosticar su salud mental requiere igualmente tener en cuenta la diversidad de dimensiones y circunstancias de su vida y su trayectoria sexual y reproductiva, así como las condiciones en que enfrentan un embarazo no planeado y optan por un aborto. Quienes pretenden evaluar la salud mental de las mujeres que han abortado con base en criterios e indicadores supuestamente objetivos, sin aludir a estas condiciones y trayectorias, limitan la validez de su diagnóstico pues no se puede explicar un problema, una afección, depresión o crisis temporal, o un problema de salud mental, sin examinar las condiciones previas —subjetivas, familiares, sociales y las de salud— que conducen a recurrir a un aborto en un determinado momento.

Además, si bien existe cierto consenso acerca de los criterios e indicadores que han de utilizarse, también se plantea la dificultad de traducirlos en signos visibles y observables que se articulen con

lo que reportan sentir o padecer las personas en el plano de lo psíquico. Al hablar de salud mental, en efecto, en cierto modo se habla también de enfermedad o trastorno mental. ¿Qué es una enfermedad mental? ¿Cómo se mide? ¿Cuándo y por qué la angustia, la depresión, la tristeza, el temor de recurrir a un aborto seguro o inseguro se leen como una enfermedad mental y no como un trastorno emocional reactivo, por ejemplo? ¿Por qué se experimentan de una u otra forma? Sin duda la subjetividad desempeña un papel relevante cuando de salud mental se trata.

La conceptualización general de salud mental da luz sobre las interrogantes que planteamos. Así, por ejemplo, el *Diccionario de psicología* (Dorsch *et al.*, 1985: s.p.) define la salud psíquica como un “estado de bienestar anímico en estrecha relación con la salud corporal y social [...] o el balance entre el organismo y el medio ambiente”. Como puede notarse, conceptos como “bienestar anímico”, que depende de la salud social, de la relación entre organismo y medio ambiente, resultan difíciles de interpretar para proponer estándares lo bastante claros como para llevar a cabo una evaluación o para saber a qué nos referimos en términos concretos cuando hablamos de la situación de salud mental de las personas y, por tanto, de la estrecha, compleja y multidimensional relación entre la salud mental y el ámbito de lo corporal y lo social.

En congruencia con el concepto de salud adoptado por la OMS (WHO, por sus siglas en inglés, 1948), la definición de salud mental que esta organización propone se adscribe también a una conceptualización positiva de salud, al señalar que se trata de “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013: s.p.). Aquí, de igual manera, estamos frente a una definición que contiene algunas ambigüedades, pues cabe preguntarse: ¿qué se entiende por “sus propias aptitudes” o por “las presiones normales de la vida”? ¿Qué significa “un trabajo productivo y fructífero”?, y ¿qué se entiende por “una contribución a su comunidad”?

Por otra parte, hay que reconocer que no han sido pocos los intentos de especialistas en este campo por precisar y advertir la complejidad y diversidad de criterios ambiguos cuando se habla

sobre la salud —o enfermedad— mental y se elabora un diagnóstico del estado de salud mental. En esta línea, *La guía de estudio. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), citado por Fauman (2003: 7), señala que:

La principal función de un diagnóstico psiquiátrico es proporcionar medios sucintos y uniformes que comuniquen una gran cantidad de información acerca de la enfermedad de un paciente [...] El diagnóstico desempeña este papel porque es una anotación taquigráfica de un síndrome o agrupación de signos y síntomas clínicos que suelen darse juntos. El diagnóstico cumple esta función siempre que todos los clínicos sigan los criterios apropiados al realizarlo. Cuando un clínico decide realizar un diagnóstico basándose en la intuición clínica o en algún factor que no sean los criterios, esta función se pierde [...] [pp. 2-3]. La mera afirmación de un diagnóstico sin documentar los criterios clínicos relevantes que verifican dicho diagnóstico normalmente no es suficiente para autorizar la asistencia médica [...] [p. 3]. Es igualmente importante tener en cuenta que *no todas las experiencias psicológicas internas incómodas constituyen un trastorno, incluso aunque den lugar a periodos de menor funcionalidad. Algunas son simplemente vicisitudes de la vida normal. Los clínicos deben ser muy cautos para no diagnosticar en exceso dichas experiencias y convertirlas en trastornos* [cursivas nuestras].

La referencia citada reitera que para llevar a cabo un diagnóstico más o menos objetivo se deben utilizar criterios que permitan confirmar su validez y confiabilidad, no limitarse a establecer un cuadro de signos y síntomas que la paciente reporte sino también considerar su duración y estabilidad en el tiempo. Asimismo, es importante subrayar que los criterios de diagnóstico clínico no son sólo categoriales, es decir que evalúan si alguien padece de algún trastorno o no, sino que además son dimensionales, es decir que tienen en cuenta la intensidad del padecimiento y las circunstancias bajo las cuales ocurre. Esto permite distinguir si se trata o no de un padecimiento grave de salud mental o si se trata de un estado pasajero, resultado de algún evento, distinción fundamental cuando se realizan los diagnósticos clínicos, ya que dan cuenta de los

cambios en las condiciones de salud y vida cotidiana de las personas. Así, en el manual antes citado se señalan tres criterios generales explícitos que deben siempre considerarse antes de la evaluación clínica: si *a*) el trastorno no se debe a efectos directos de una sustancia; si *b*) el trastorno no se debe a los efectos directos de una enfermedad médica, y si *c*) el trastorno provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo (Fauman, 2003: 12).

Las consideraciones mencionadas nos advierten ya de ciertos riesgos y falacias cuando, sin un análisis razonado y riguroso, se utilizan las evidencias empíricas y los resultados de otros estudios para sustentar los argumentos que se exponen en torno a las consecuencias del aborto en la salud mental de las mujeres.

LA SALUD MENTAL: UN TEMA DEL DEBATE

En esta sección nos interesa mostrar la lógica y fundamento de los argumentos que subyacen a las posiciones a favor y sobre todo en contra de la despenalización del aborto, desde la perspectiva de las relaciones entre la salud mental de las mujeres y el aborto.

Quienes se oponen a la despenalización argumentan que hay una relación estrecha y negativa entre aborto y salud mental, y sostienen, en resumen, que existe un “síndrome post-aborto” con síntomas específicos (tristeza, angustia, ansiedad, evitación, dolor emocional, sueños recurrentes, suicidio, etc.) que, como explicaremos más adelante, carece de sustento científico. Así se afirma que:

Sí existe un síndrome posaborto que daña la estructura física, psicológica y social de la mujer y sus familias. (MCAL, 130; negritas en el original). “El síndrome posaborto es una entidad patológica conocida por la Organización Mundial de la Salud.” (MCAL, 133).

De hecho, la OMS en sus diversas publicaciones sobre el tema alude al trastorno emocional o estrés post-traumático en cualquier intervención quirúrgico-médica, y por tanto no valida ese supuesto síndrome derivado específicamente del aborto. Tampoco es un término reconocido por la APA (2008). Éste, como muchos de los

argumentos que analizaremos, se basa en interpretaciones erróneas de estudios científicos y rigurosos para afirmar que las mujeres que han abortado tienen más probabilidad de presentar conductas relacionadas con la experiencia de depresión, o con el abuso de sustancias y el maltrato infantil:

La frecuencia de enfermedad mental no varió entre las que nunca se habían embarazado y las que se embarazaron y llevaron su embarazo a término. Sin embargo, al compararlas con las que abortaron se encontró una mayor frecuencia de episodios de depresión, ansiedad, conductas suicidas y abuso de drogas en estas últimas [EGV, 210].

El grupo de California (D.C. Reardon, Coleman y Cogle, 2004) reportó, en 2004, que aquellas [mujeres] que abortaron tuvieron una probabilidad 100% mayor de consumir marihuana y 149% mayor de consumir cocaína, que las que continuaron su embarazo hasta el término [EGV, 211].

Según el psiquiatra Philip Ney y el médico David Reardon (D.C. Reardon y Ney, 2009): **Las mujeres que se someten a un aborto tienen cinco veces más probabilidad de vivir alcoholismo o adicción a las drogas que las mujeres que dan a luz** [MCAL, 132; negritas en el original].

En éstas, como en otras intervenciones, se advierte la falta de rigor científico y el sesgo de los resultados de estudios citados que establecen relaciones de causalidad simplistas, reduccionistas y unidimensionales, ya que no controlan la historia previa de las mujeres, antes de embarazarse, en cuanto a uso de drogas o alcoholismo, vivencias de abuso sexual, o si el embarazo fue intencional y planeado o no, entre otros factores.

En cuanto al consumo de drogas o alcohol, una amplia literatura sustenta que está vinculado con adversas consecuencias en diversas esferas de la vida, en el ámbito sexual y reproductivo, incluyendo —pero no como única causa— el aborto. Por ejemplo, en el caso del alcoholismo, como señala el estudio realizado por la APA, que evalúa la rigurosidad y confiabilidad de múltiples investigaciones como las citadas en los argumentos, las diferencias en-

contradas entre grupos de mujeres en condiciones diversas que reportan el uso de sustancias no son estadísticamente significativos:

[...] las mujeres que abortaron reportaron beber más días el último mes que las que dieron a luz (6.4 vs 4.8 días), una diferencia que es mínima, y casi igual a las que nunca se han embarazado (5.9)" (APA, 2008: 42).

En el mismo sentido, la validez y confiabilidad de las evidencias respecto al abuso de drogas es cuestionable, y el método utilizado, deficiente.¹ La misma falta de confiabilidad caracteriza el estudio (Coleman *et al.*, 2005) del que los conservadores derivan una ominosa relación entre aborto y maltrato infantil:

Las [mujeres] que se habían sometido a un aborto provocado tuvieron 144% mayor riesgo de abuso infantil que aquellas sin historia de aborto inducido, mientras que las que no tenían el antecedente de un aborto no presentaron mayor riesgo de abuso o negligencia infantil [EGV, 211].

En primer término, en ese estudio la muestra no es representativa de las mujeres estadounidenses ya que sólo se refiere a la información de las instancias oficiales encargadas del reporte de abuso infantil. El sesgo principal consiste, sin embargo, en no considerar la multiplicidad de factores que inciden en conductas de negligencia y maltrato, tales como la pobreza, la exposición a la violencia en el seno familiar y el uso de sustancias, independientemente de que suceda o no un aborto y del tipo de aborto que sea, ya que no se especifica si se trata de una interrupción voluntaria o no (APA, 2008: 53).

¹ El estudio se llevó a cabo mediante un cuestionario que fue enviado por correo, el cual solamente 14% de las encuestadas contestó, por lo cual de entrada es erróneo generalizar sus hallazgos. Además, las respuestas —afirmativa o negativa (sí/no)— a la pregunta sobre abuso de sustancias: "¿Has abusado alguna vez de las drogas o del alcohol?", son una apreciación muy ambigua y vaga para medir la frecuencia e intensidad del abuso de sustancias; no es lo mismo haber abusado del alcohol una vez en la vida que tener un consumo frecuente (D.C. Reardon y Ney, 2009).

Como podemos constatar, y seguiremos viendo más adelante, se usan estudios poco fiables y se presentan incluso conclusiones que ni los propios autores aceptarían. Además, al no tener en cuenta condiciones sociales que inciden en el uso de drogas o alcohol o en la proclividad a la violencia, se estigmatiza a las mujeres que han abortado como si fueran excepciones en su sociedad y como si el motivo de sus “fallas” fuera el aborto (legal o clandestino).

Por ello tienen razón quienes están a favor de la despenalización y sostienen que ninguna de las investigaciones sobre la salud mental de las mujeres ha podido determinar de manera certera una relación causal entre aborto inducido y síntomas como ansiedad, depresión o suicidio. En ellas se suele advertir que dicha relación es una consecuencia de diversas circunstancias relacionadas con la historia de vida de las mujeres, su trayectoria reproductiva y, en particular, las situaciones concretas en que se produce el embarazo no planeado y las opciones y condiciones de los servicios y profesionales de salud con que contaron las mujeres para interrumpir su embarazo. Por tanto, consideran que recurrir al aborto no es en sí mismo el origen de ningún padecimiento mental:

De las investigaciones sobre salud mental de las mujeres relacionadas con el aborto, ninguna ha podido concluir categóricamente una relación de causa directa entre el aborto, la depresión o el suicidio. Dolosamente se han manipulado estudios que relacionan estos fenómenos, al hacer exposiciones parciales de los mismos. Sin embargo, revisando atentamente las conclusiones de estos estudios, se puede ver que el aborto aparece como un factor, entre otros más, que está asociado con la salud mental de las mujeres y no como una causa directa de su estado mental. [...] un embarazo no deseado aparece más bien como consecuencia de una historia de vida ya afectada por otras circunstancias y el aborto como un efecto de ésta, y no como el origen de otros malestares [MERC, 184].²

La distinción que se hace en esta intervención es sumamente importante, ya que no es lo mismo tener en cuenta el aborto como

² Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, pero no presentado en las audiencias.

un factor que puede o no incidir en la salud mental, que enfocarse en él dando por sentado que es una causa directa de trastorno o enfermedad. Ante síntomas que pueden remitir a algún malestar, es importante, como dijimos, tener en cuenta la salud y las circunstancias integrales en el transcurso de la vida de la mujer en cuestión. Esto se confirma al analizar los estudios citados por quienes se oponen a la despenalización.

¿REALMENTE EXISTE EL “SÍNDROME POST-ABORTO”?

Como parte significativa del debate, cabe detenernos en el concepto del “síndrome post-aborto”, que aparece en el discurso de quienes se oponen a la despenalización. Como el calificativo “post-aborto” lo indica, la intención es referirse a las consecuencias negativas de esta práctica para la salud mental de las mujeres que han interrumpido su embarazo, como si éstas fueran evidentes o se hubieran comprobado:

El concepto de Síndrome Postaborto los psiquiatras y especialistas profesionales lo utilizan desde hace 16 años para describir la incapacidad de: • Procesar la angustia, miedo, coraje, tristeza y vergüenza alrededor de la experiencia de aborto. • Sobrellevar el duelo causado por la ausencia del hijo, para estar en paz con ella misma y con quienes estuvieron involucrados en la decisión [MCAL, 131].

[...] el síndrome Postaborto [...] afecta múltiples aspectos de la persona, como el afectivo, laboral, sexual, físico, social y emocional. Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis, tendencia al suicidio, pesadillas, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido su hijo, entre otros [MLDB, 141].

Aquí cabe preguntar: ¿Cuál es el origen de este síndrome? ¿Cómo se detectó o definió? ¿Cómo se diagnostica en las investigaciones realizadas? ¿Todas las mujeres están expuestas a él? ¿Las mujeres que han tenido abortos espontáneos corren el mismo riesgo que quienes tuvieron acceso a una ILE o quienes recurrieron

a un aborto inseguro? Cuando se rastrea la literatura científica al respecto, encontramos que la primera vez que se utilizó el término “síndrome post-aborto” fue en un estudio que realizaron Speckhard y Rue en Estados Unidos en 1985 (1992). Esta investigación se llevó a cabo con treinta mujeres que habían recurrido al aborto hasta 25 años antes de la entrevista y que reportaban sensaciones de miedo y angustia por haber recurrido a esta práctica (APA, 2008: 11).

En este caso, es pertinente preguntar cómo se recuerdan los sentimientos de experiencias que sucedieron 25 años atrás y señalar que entran en juego el “sesgo del recuerdo”, que remite a deformaciones, olvidos, deformación de sucesos acaecidos tiempo atrás, así como la influencia de las experiencias vividas desde entonces (Rondón, 2009). Además de esta deficiencia metodológica y conceptual básica, este estudio adolece de otras, como: no especificar si el aborto recordado se practicó de manera legal o ilegal, no distinguir en qué etapa de la vida y del embarazo se decidió abortar, lo cual es importante en tanto que el procedimiento y las consecuencias varían según el plazo.³ Este estudio tampoco incluye un informe previo ni de la historia psiquiátrica de las mujeres al momento del aborto ni de las condiciones de vida en las cuales se produjo el embarazo, o el momento de la entrevista.

Hay que señalar que en el estudio de Speckhard y Rue mencionado, los autores utilizan el modelo de estrés post-traumático porque consideran que el llamado “estrés post-aborto” es un severo desorden que se expresa en una fuerte respuesta emocional a un trauma psicológico extremo. El término de estrés post-traumático se usó originalmente para describir las experiencias de los soldados veteranos que habían participado en la guerra de Vietnam. Según el Manual DSM-IV:

Los individuos con este trastorno han estado expuestos a un acontecimiento traumático en el que ellos u otras personas han experimentado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física. Durante el acontecimiento han respondido con te-

³ En este caso, al menos 50% de las entrevistadas se lo habían hecho en un momento avanzado del embarazo, incluyendo el tercer trimestre (4 por ciento).

mor, desesperanza y horror, y desde el acontecimiento han presentado [diversos] síntomas durante un mes [*Manual DSM-IV*, 1995: 434-436].

Sin entrar en detalles, tanto esta definición como la de la Clasificación Mundial de Enfermedades de la OMS muestran lo complejo que es captar los numerosos síntomas de un estrés post-traumático, así definido, y sugieren lo difícil que es determinarlo por medio de fuentes de información como encuestas o entrevistas, sobre todo si las referencias temporales son lejanas.⁴

Luego del estudio de Speckhart y Rue aparecieron en la literatura científica varias publicaciones que buscaban sustentar el traslado del modelo y hallar una relación entre el aborto y problemas como adicciones o trastornos mentales, aun cuando sea desmesurado comparar el aborto con un desastre y sus consecuencias.

Sin duda es cuestionable diagnosticar un trastorno mental en mujeres que alguna vez abortaron sin tener en cuenta su historia clínica completa y, en general, las circunstancias en que ocurrieron sus embarazos o abortos, o ambos. De acuerdo con Martha Rondón (2009), ningún estudio ha podido probar la existencia o etiología de esta seudopatología psiquiátrica como entidad taxonómica separada e independiente de otros trastornos o de síntomas específicos, pues los trastornos son un conjunto de síntomas y signos comunes que cumplen con criterios fenomenológicos operacionalizados en los manuales de clasificación de enfermedades, especificaciones con que no cumple el “síndrome post-aborto”.⁵

⁴ De acuerdo con el Manual DSM-IV, antes de diagnosticar cualquier trastorno, en particular los trastornos de ansiedad, dentro del cual se incluye este síndrome, la información requerida es la siguiente: historia de la ansiedad, estado emocional general, dificultades de sueño, historia completa sobre padecimientos físicos y tratamientos seguidos e información sobre antecedentes psiquiátricos y de otros acontecimientos traumáticos o de estrés.

⁵ Los signos que presentan las mujeres están más relacionados con otros factores de riesgo, por lo que no es pertinente incluirlos en los manuales como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS o el Manual de Diagnóstico y Estadística. De hecho la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) no reconoce dicho término como una entidad patológica ni como un modelo para diagnosticar los efectos de un aborto.

*¿Existe evidencia científica acerca de la supuesta relación entre aborto inducido y problemas de salud mental en las mujeres?*⁶

Como hemos ido planteando, los argumentos de quienes se oponen a la despenalización son principalmente afirmaciones acerca de las consecuencias negativas del aborto en la salud mental de las mujeres, que se basan en una serie de estudios hechos en otros países, cuyo valor científico ha sido cuestionado o en los cuales los propios autores señalan límites que los voceros conservadores no tienen en cuenta o no explicitan cuando los usan. Por ejemplo, una de las intervenciones ante la SCJN incluye numerosas estadísticas, tomadas de distintos estudios, para afirmar que el aborto (sin especificar de qué tipo ni en qué circunstancias se realizó) tiene secuelas negativas para las mujeres en términos de depresión, trastornos mentales, muerte violenta y suicidios, y otros trastornos:

El sistema de atención médica del estado de California [P.K. Coleman, Reardon y Rue, 2002; D.C. Reardon y Coleman, 2003] [...] en 2003 reportaron que después de analizar a 15 299 mujeres que abortaron y

⁶ Las críticas a los estudios mencionados, que se exponen a continuación, se basan en las siguientes fuentes: las publicaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría, que contienen los resultados de una revisión exhaustiva y rigurosa científicamente de la literatura publicada de 1989 al 2007 (APA, 2008); los estudios de un grupo de investigadores encabezados por Charles *et al.* (2008) y por otro grupo encabezado por Robinson *et al.* (2009). La APA revisó las evidencias empíricas de 50 investigaciones, 25 de ellas análisis secundarios de los datos y registros públicos, 19 fuente primaria y 6 sobre mujeres que tuvieron un aborto debido a anomalías en el feto. El grupo de Charles *et al.* revisó 21 estudios publicados entre 1989 y 2008 que relacionaban el aborto inducido y los problemas mentales de largo plazo, centrándose en las metodologías de estos estudios y su evaluación. El grupo de Robinson *et al.* analizó la metodología utilizada en 40 estudios que relacionaban el aborto inducido con consecuencias de desórdenes mentales y "síndrome post-aborto", considerando los siguientes aspectos: la muestra adoptada, la presencia o más bien ausencia de grupos de control, las definiciones o conceptos de las variables o indicadores relevantes y la ausencia de otras (abuso sexual, violación, embarazo deseado o no, etc.), la temporalidad y el orden y número de embarazos, los errores en los análisis, y las interpretaciones de los resultados, que varían según objetivos, intereses y posiciones, así como la ética profesional en el rigor científico.

compararlas con 41 422 que tuvieron a su bebé, encontraron que las que habían abortado solicitaron consultas psiquiátricas con una frecuencia 160% mayor que las que tuvieron a su bebé y, en el seguimiento a 4 años, la frecuencia de consultas psiquiátricas fue 110% mayor que en el grupo control, presentando las pacientes afectadas psicosis depresiva y enfermedad bipolar con mayor frecuencia. El mismo grupo, reportó en 2006 la frecuencia de alteraciones en el sueño en las mujeres que habían abortado [...] [las cuales] solicitaron atención médica con 85% mayor frecuencia, siendo la diferencia más pronunciada dentro de los 180 días posteriores al aborto [EGV, 209-210].

El grupo de California [D.C. Reardon, Cogle, Ney, *et al.*, 2002] [...] en 2002, publicó los resultados de analizar a 1 713 pacientes que fueron atendidas durante 1989, ya sea por un aborto provocado o por un embarazo de término. Se observó que las mujeres que abortaron tuvieron una probabilidad 62% mayor de morir por causas ajenas al procedimiento quirúrgico, comparadas con las que tuvieron a sus bebés. Las causas específicas de muerte fueron: muerte violenta: 81% mayor que el grupo control; suicidio: 154% más; accidentes: 82% más; todas las causas naturales: 44% más; SIDA: 118% más; enfermedades circulatorias: 187% más; otras afecciones cardiovasculares: 159% más; y enfermedades cerebro-vasculares: 446% mayor riesgo [EGV, 211-212].

El cuestionamiento que debe hacerse a los tres estudios citados, realizados en Estados Unidos, es su falta de confiabilidad según un riguroso análisis llevado a cabo por diversos grupos de investigadores (APA, 2008; Charles *et al.*, 2008; Robinson *et al.*, 2009). Así, señalan que:

- a) El sistema de salud de California provee servicios de salud para familias de bajos ingresos y personas ciegas, adultos mayores y personas discapacitadas, de manera que la salud de las mujeres de estos registros está posiblemente comprometida con otras condiciones de su salud y por tanto no es posible diferenciar si las mujeres que abortaron sufrían, por ejemplo, alguna discapacidad que tuviera efectos sobre su salud mental. Por lo tanto concluyen que es erróneo generalizar los hallazgos de este trabajo.

- b) La ausencia de otras dimensiones en el análisis, como el estrato social, el estado civil y el grupo étnico de las participantes, en tanto variables dependientes que pueden estar asociadas a la salud mental de las mujeres.
- c) La ausencia de la historia reproductiva y mental previa de las pacientes, en particular de otros riesgos coexistentes y relacionados con su estado de salud, tales como: la exposición a la violencia, si el embarazo fue deseado o no planeado y si el aborto se llevó a cabo por causas terapéuticas, situaciones que tienen implicaciones en el desarrollo psíquico de las mujeres.
- d) Un sesgo adicional pone en cuestión la comparación en el seguimiento del estado de salud mental de las mujeres, ya que las que dieron a luz o algunas de las que abortaron y padecen secuelas tienen mayor probabilidad de recurrir a las revisiones médicas, frente a las que abortaron y cuentan con buena salud mental y no tienen necesidad de regresar al sistema médico y, por tanto, no aparecen en los registros.

Otra de las afirmaciones de quienes se oponen a la despenalización subraya la relación entre aborto y emociones negativas, según ciertos rasgos del perfil sociodemográfico de las mujeres que han abortado:

En 2005, se reportaron los resultados de un estudio en una población a la que se le da seguimiento desde 1995 en Estados Unidos [J. Ogle, Reardon, Coleman y Rue, 2005], en el que se compararon a 1 033 mujeres con antecedente de aborto contra 1 813 que tuvieron a su bebé. Se demostró 34% mayor ansiedad entre las que habían abortado, siendo mayor el riesgo en las mujeres hispanas (86%), solteras (42%) y menores de 20 años de edad (46%) [EGV, 210].

En este caso, las críticas hechas en las diferentes revisiones de los estudios mencionados señalan que la muestra no es comparable, pues las preguntas no fueron homogéneas entre los grupos, y una parte de los datos se obtuvo por auto-reporte, sistema que tiene mayores probabilidades de omisión o alteración de la información por parte de las participantes. Otro problema metodológico crítico

del estudio citado es el no distinguir entre las mujeres que habían abortado una sola vez y las que lo hicieron en múltiples ocasiones, o sea el no vincular la ansiedad reportada por las mujeres con su trayectoria reproductiva y de vida. Por estas y otras razones,⁷ los propios autores que realizaron los estudios concluyen que los hallazgos deben ser considerados con suma cautela al no validar sus conclusiones, lo que nuevamente es omitido.

Por otro lado, evidencias de otros estudios muestran que efectivamente muchas de las mujeres que mencionaron haber interrumpido el embarazo sienten tristeza, culpa o pesar después de abortar, pero señalan también que, más que un trastorno psiquiátrico, esas reacciones corresponden a un sentimiento relacionado con el evento mismo (Casey, 2010). Estos estudios muestran también que, aunque es probable que las mujeres se sientan angustiadas en la situación previa al procedimiento, una vez realizado éste, una mayoría reporta gran alivio y se refiere a la posibilidad de retomar el control de su vida. Aun si en las respuestas de las mujeres se observa una mezcla de emociones positivas y negativas, cuando se les preguntó si consideraban correcta la decisión que tomaron, en todos los casos claramente la confirmaron (Casey, 2010).

En ese mismo sentido, para América Latina, el trabajo de Zamberlin *et al.* (2012), que recopila una serie de investigaciones llevadas a cabo en Costa Rica, Ecuador, Colombia, Perú, Uruguay, Argentina y México (Carril y López Gómez, s.f.; Chaneton y Vacarezza, 2011; Lafaurie *et al.*, 2005; Maroto Vargas, 2010), detalla un poco más la experiencia de las mujeres que llevaron a cabo la interrupción de su embarazo con medicamentos. Según la autora, los resultados de estos estudios muestran que quienes no tuvieron acceso a una forma de acompañamiento, médico o de otro tipo, en la interrupción legal de su embarazo, sintieron ansiedad y estrés mientras llevaban a cabo el procedimiento, y que estas sensaciones se relacionaron con los procesos físicos por los que pasaron. Algunas de ellas asociaron esos sentimientos con el desconocimiento

⁷ Asimismo, aunque incluyeron la historia sobre abuso sexual, esta variable no fue controlada, en cambio sí se asoció a todo el grupo de aborto que presentó ansiedad. Las preguntas utilizadas para estimar el desorden de ansiedad también son un aspecto altamente cuestionado.

del proceso. Otras refirieron sentir menos estrés una vez que su menstruación se regularizó. Estos procesos están más relacionados con contextos de clandestinidad o de maltrato por parte del personal médico. En contraste, las mujeres que llevaron a cabo un procedimiento legal en condiciones médicas controladas, refirieron estar menos preocupadas por el sangrado, con menos ansiedad y miedo. Se sintieron en control del procedimiento y refirieron que el proceso de toma de decisiones contribuyó a un mejor manejo de la situación.⁸

Como si el “síndrome post-aborto” no bastara (o porque lo saben cuestionable), los voceros contrarios a la despenalización, en particular el mismo expositor que ya hemos citado, también afirman que el aborto suele tener una fuerte asociación con la depresión, y agregan que:

Un grupo de la Universidad de Harvard [B.L. Harlow, Cohen, Otto *et al.*, 2004], dedicado al estudio de los cambios en los estados de ánimo en las mujeres, publicó en 2004 los resultados obtenidos al comparar 332 mujeres con sintomatología depresiva, contra 664 sin dicha sintomatología, obtenidas de una amplia muestra probabilística. Encontraron que, aquellas con antecedente de aborto, tuvieron 3 veces mayor riesgo de desarrollar depresión a lo largo de su vida que el grupo control [EGV, 210].

[En un estudio realizado en Nueva Zelanda] Se ha demostrado que el aborto afecta más a la mujer joven y, sobre todo, a la adolescente. En 2006 [D.M. Ferguson, Horwood y Ridder, 2006], se publicaron los efectos psicológicos del aborto en 520 mujeres jóvenes. La frecuencia de enfermedad mental no varió entre las que nunca se habían embarazado y las que se embarazaron y llevaron su embarazo a término. Sin embargo, al compararlas con las que abortaron se encontró una mayor frecuencia de episodios de depresión, ansiedad, conductas suicidas y abuso de drogas en éstas últimas [EGV, 210].

⁸ También se señala que quienes fueron acompañadas por sus parejas o por otras mujeres como su madre, hermana o amiga, dijeron sentirse menos incómodas, al parecer por sentirse más seguras, con menos dudas y miedo, y con menos ansiedad. Esta compañía sería particularmente importante en los casos de mujeres adolescentes (Zamberlin *et al.*, 2012).

Nuevamente la revisión detallada y crítica de los dos estudios citados destaca que no se controlaron variables importantes que inciden en la salud mental y el estado anímico de las personas, observación hecha además por los propios autores. Una de ellas fue la ruptura matrimonial, que mostró una fuerte asociación con la depresión (atribuida al aborto). Tampoco se consideraron otras condiciones relacionadas con los antecedentes de las participantes, tales como exposición a violencia o abuso sexual (que inciden en el estado depresivo de las mujeres que reportaron múltiples abortos), ni variables que dan cuenta de si el embarazo era deseado o planeado o si alguno de los abortos se llevó a cabo con fines terapéuticos (APA, 2008; Robinson *et al.*, 2009). Otros problemas de índole conceptual y metodológica que deben tenerse en cuenta antes de emitir conclusiones con base en dichas evidencias, incluyen no controlar circunstancias previas al procedimiento, como por ejemplo no distinguir a las mujeres que habían abortado una vez de las que lo habían hecho en múltiples ocasiones. Asimismo, respecto al estudio realizado en Nueva Zelanda, llama la atención que quien lo cita no haya señalado que el marco legal de ese país garantiza el acceso al aborto legal en caso de que la vida de la mujer o del feto peligren, en caso de incesto o cuando la mujer padece graves discapacidades, razones por las cuales las mujeres que pudieron acceder al aborto son un grupo altamente seleccionado (APA, 2008; Robinson *et al.*, 2009). Como planteamos en el capítulo 5, el marco jurídico impacta en la incidencia del aborto y en las condiciones en que se practica; por lo tanto, cualquier relación de causalidad entre el aborto y otros aspectos de la vida de las mujeres, incluyendo la salud mental, debe partir del marco jurídico, así como de las circunstancias externas y subjetivas para acceder al aborto, el tipo de aborto de que se trate y las trayectorias de vida de las mujeres.

Finalmente, en voz del mismo opositor a la despenalización que ya hemos citado se plantea que el aborto aumenta el riesgo de conductas extremas que tendrían que ver con la salud mental:

[Según] Un grupo de estudio en Finlandia [M. Gissler, Berg, Bouvier-Colle, Buekins, 2004] [...] el aborto se asoció con un riesgo 10 veces mayor de homicidio, 6 veces mayor de suicidio y 5 veces mayor de lesiones no intencionales [EGV, 211].

Aquí de nuevo cabe señalar que se establecen relaciones causales reduccionistas, pues ninguno de estos actos puede asociarse con el aborto como causa única, dado que, en todo caso, éste puede ser consecuencia de la violencia, además de otros factores ya mencionados (APA, 2008; Robinson *et al.*, 2009).⁹

En resumen, estas revisiones muestran que los estudios que han tratado de relacionar el aborto con los problemas de salud mental en mujeres, tienen fallas de muestreo y generalización,¹⁰ ausencia de análisis de variables relevantes,¹¹ reporte defectuoso de resultados y variables, y que se hacen generalizaciones pese a problemas de la técnica utilizada.¹² Puede afirmarse, por tanto, que las evidencias en torno a la salud mental presentadas por quienes se opusieron a la despenalización (y quienes hoy siguen recurriendo a ellas), se caracterizan por una gran ambigüedad y no se sostienen con rigor científico.

En este sentido, cabe destacar las conclusiones de los propios autores de los estudios, quienes rebaten y descartan que éstos puedan ser utilizados para mostrar las adversas consecuencias

⁹ Además, los propios autores del citado estudio de Finlandia afirman que sus hallazgos no justifican concluir ninguna relación causal, y enfatizan la necesidad de tener más información sobre otras variables relevantes, como el estado de salud mental, bienestar social, abuso de sustancias y circunstancias socioeconómicas de las mujeres.

¹⁰ Las muestras utilizadas en los estudios no son representativas de las mujeres que interrumpen el embarazo; existe una falta de control de factores que están asociados a los resultados entre los problemas de salud mental y el aborto, como información sobre si el embarazo fue deseado y si el aborto fue inducido. Además, las mujeres de la muestra seleccionada presentan problemas psiquiátricos previos a la entrevista, característica que de hecho fue condición para el reclutamiento, y se incluye a mujeres que habían realizado la interrupción en el segundo y tercer trimestres igual que a las que lo habían realizado en las primeras semanas.

¹¹ Tales como como la edad, la etnia, el grado de educación, el estado civil, si ya eran madres o no, incluyendo el número y espaciamiento entre los hijos, la historia psiquiátrica previa y la historia psiquiátrica familiar, así como las condiciones preexistentes o que ocurren al momento de la interrupción en la vida de la mujer, como exposición a la violencia, el abandono del cónyuge, la etapa de vida y situación socioeconómica.

¹² No se controló la variable de exposición a la violencia, ni se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas, y se aplicaron tests, encuestas e instrumentos sin pilotaje ni validación.

de la despenalización del aborto. Retomando lo que señaló Schiavon en su intervención ante la SCJN, las investigaciones más recientes realizadas en Finlandia y Nueva Zelanda (Fergusson *et al.*, 2007) demuestran “que el aborto inducido en jóvenes y adolescentes resulta años más tarde, en condiciones educativas, laborales, psicosociales y familiares significativamente mejores que en aquellas adolescentes que optaron por continuar con el embarazo”. Adicionalmente la autora señala que “este nuevo estudio confirma indirectamente los hallazgos de una investigación clásica (Estudio de Praga, realizado por David, 2006) que analiza el impacto nocivo de tener un embarazo y un hijo no deseado sobre la salud no sólo de las madres sino también y sobre todo de los hijos e hijas nacidos no deseados” (Enríquez y de Anda, 2008: 120 y 121).

A partir de lo que hemos señalado, cabe preguntarse entonces; ¿con qué factores sí podrían estar relacionados los problemas de salud mental de las mujeres que toman la decisión de interrumpir su embarazo? ¿Qué factores pueden incidir en que el aborto se configure como un hecho angustiante en la vida de las mujeres? ¿Cuáles son las condiciones de vida de las mujeres que llevan a la depresión, el suicidio y otros comportamientos considerados como nocivos ante un embarazo no planeado? ¿Cómo afectan la ausencia de alternativas o la imposición de papeles a las mujeres (por ejemplo la maternidad como destino ineludible) en su salud mental? ¿No es el aborto una situación aún más estresante, de mayor depresión y ansiedad, cuando hay estigma, culpabilización, clandestinidad o cuando las mujeres temen ser encarceladas? ¿No obedece esa angustia a los obstáculos y condiciones que les impone la penalización en el acceso a servicios de salud seguros y de calidad?

¿CON QUÉ AFECTACIONES A LA SALUD MENTAL SÍ PUEDE RELACIONARSE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO?

En cuanto a la relación entre aborto y salud mental, las autoras favorables a la despenalización afirman, como ya hemos señalado, que quienes argumentan que el aborto causa trastornos mentales manipulan “dolosamente” resultados de estudios como los que

hemos mencionado. El aborto por tanto es sólo un factor más de los que pueden incidir en el bienestar o malestar de las mujeres. Cabe citar en este mismo sentido la intervención de una experta que rotundamente descalifica la existencia del “síndrome de estrés post-traumático” y otros trastornos y consecuencias nefastas atribuidas al aborto:

El aborto inducido NO conlleva a trastornos o alteraciones en la salud mental, NO se asocia con un síndrome de estrés postraumático, ni se relaciona de forma causal con mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte violenta [Schmiege, 2005; Cohen, 2006; World Health Organization, 2002] [RS, 120].

Además de rebatir, como hasta ahora, los argumentos que desarrollan quienes se oponen a la despenalización, cabe exponer brevemente otro lado del problema que no tratan pero que sí es relevante cuando se habla de la salud mental de las mujeres. Existe en efecto evidencia científica suficiente de que las mujeres tienen un riesgo más alto de padecer enfermedades mentales que los hombres, por la carga de responsabilidades que se les asignan, por la discriminación y por las condiciones socioeconómicas adversas que muchas de ellas enfrentan, además de la violencia doméstica y sexual que muchas también padecen (Gommel, 1997). Desde esta perspectiva, puede decirse que el impacto de la condición de género y las bajas condiciones socioeconómicas son determinantes críticos en los riesgos para la salud mental de las mujeres (Cook, Ortega-Ortiz, Romans y Ross, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2002) se ha ocupado de este asunto y considera que cuando las mujeres padecen trastornos emocionales o mentales hay que tener en cuenta tres causas principales: la interacción entre factores biológicos y vulnerabilidad social; la desigualdad de género que contribuye a depresión y ansiedad en mujeres y adolescentes que sienten que no controlan decisiones importantes de su vida,¹³ y la violencia por razones

¹³ Por ejemplo: tener ingresos más bajos que los varones, enfermedad y muerte de sus hijos o esposos, encarcelamiento, trabajo inseguro, así como lugares de trabajo y vivienda peligrosos.

de género, que se relaciona con depresión, ansiedad, consumo de drogas, suicidio, etcétera.¹⁴

En este mismo sentido, es importante citar a la vicepresidenta de la Asociación Americana de Psiquiatría, quien explica el problema en términos médicos:

Las secuelas psiquiátricas significativas después de un aborto son raras, como lo documentan numerosos estudios metodológicamente sólidos en los Estados Unidos y en países europeos. Recientemente se han realizado análisis exhaustivos de esta literatura que confirman esta conclusión. La incidencia de enfermedades psiquiátricas diagnosticadas y de hospitalizaciones es considerablemente menor después de un aborto que después de dar a luz. La enfermedad psiquiátrica significativa después de un aborto ocurre más frecuentemente en mujeres que estaban psiquiátricamente enfermas antes del embarazo, en las que decidieron tener el aborto bajo presión externa y en las que tuvieron el aborto en circunstancias desfavorables, por ejemplo: el abandono [Stotland, 1992: 2078].

Asimismo, cabe mencionar estudios que demuestran que mientras el aborto inseguro afecta el bienestar de las mujeres, el aborto seguro las puede proteger del riesgo a experimentar trastornos emocionales. Así por ejemplo, hay estudios que muestran que aunque el aborto espontáneo y el aborto inducido son acontecimientos vitales similares, su impacto en la vida de las mujeres es diferente, pues el primero, traumático, ocurre en mujeres que esperaban dar a luz en unos meses, y el segundo, en cambio, es una decisión planeada y conocida. El aborto inducido es resultado de una decisión tomada después de días o semanas de reflexión, proceso que puede ser difícil. Por lo tanto, las consecuencias psicológicas del aborto inducido están más relacionadas con el contexto social, moral y psicológico en el que ocurre (Broen, Moum, Bødtker y Ekeberg, 2005). En esta línea, Allanson (2009) señala que el aborto seguro, a diferencia del inseguro, puede proteger de cierto modo a las mujeres del

¹⁴ Un hecho en que la severidad del abuso y la violencia aparecen como los mayores factores de la predicción de trastornos emocionales o mentales, independientemente del periodo en el que haya tenido lugar.

estrés a largo plazo, producido por un embarazo no planeado o por la maternidad no deseada, sobre todo si el procedimiento se lleva a cabo de manera protegida, lo decide la mujer y sucede durante etapas tempranas de la gestación, como lo han mostrado algunos estudios. La misma autora señala que las evidencias existentes muestran que es más fácil enfrentar un aborto cuando no existe una historia previa de violencia, si no hay conflicto sobre el aborto con la familia, los padres o la pareja, y cuando el aborto no es un secreto que deba guardarse. De manera que, para asociar la salud mental con el aborto, es necesario ahondar más en la historia reproductiva de la mujer en cuestión, el apego al embarazo que ésta pueda manifestar, la posibilidad de acceso a un aborto seguro y la planificación familiar. De ahí que las leyes, la religión, la medicina y las expectativas sociales y culturales circundantes, así como la infraestructura para acceder a servicios de salud de calidad, sean importantes factores de riesgo. También es preciso observar los valores de la sociedad en la que estas mujeres se desarrollan, sus prácticas religiosas y sus creencias (Cook *et al.*, 2006). En el caso de México, por ejemplo, el embarazo fuera del matrimonio o unión es todavía una razón por la que las mujeres temen no volver a tener pareja.

En cuanto a las condiciones en que se lleva a cabo el aborto, Amuchástegui y Rivas Zivy (2002), con base en un estudio realizado en México por medio de entrevistas a profundidad con 12 mujeres que habían abortado en un contexto de ilegalidad, afirman que cuando las mujeres tienen la posibilidad de considerar varias alternativas abiertamente, de discutir el asunto y de recurrir a servicios de consejería, el riesgo de impacto sobre su salud mental se reduce considerablemente. En cambio, la clandestinidad relacionada, especifican, con la fuerte censura y condena de la doctrina católica y las restricciones legales que lo penalizan en la mayoría de las circunstancias, que pueden provocar en las mujeres sentimientos de transgresión, daño o humillación, obliga a éstas a actuar en condiciones de alto riesgo para su salud y bienestar. Ortiz Ramírez (2008), quien entrevistó a 30 mujeres que habían abortado, coincide con ellas y señala que las investigaciones deben tener en cuenta que, aun cuando la mujer esté convencida de que la maternidad se elige, la estigmatización social del aborto puede causarle un alto costo emocional, sobre todo si lo tiene que enfren-

tar en soledad o en un contexto personal de censura e incompreensión. La interrupción del embarazo para las mujeres, apunta, es “un acontecimiento íntimo, profundo e intenso”, cuyo significado cambia según se practique y procese, “en un ambiente de comprensión, información, apoyo, confianza y respeto” (Ortiz Ramírez, 2008: 83) o en uno de descalificación y rechazo; según se pueda hablar o deba callarse. No sorprende entonces que en la ilegalidad y la clandestinidad el aborto llegue a vivirse como experiencia traumática y pueda dejar secuelas. La forma en que las mujeres perciben, interpretan y viven el aborto no sólo incide en su decisión ante el dilema que enfrentan, también se relaciona con la manera como conciben su cuerpo, sus derechos y sus relaciones, y las afecta. La descriminalización, sugieren también Amuchástegui y Rivas Zivy (2002), contribuiría de manera significativa a disminuir los efectos negativos de lo ilegal y lo clandestino en las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

¿Y SI NOS PREGUNTAMOS POR LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE ACARREA LA PROHIBICIÓN DEL ABORTO?

Mientras que quienes se oponen a la despenalización del aborto postulan, como hemos visto, la superioridad de los derechos del no nacido, al que consideran “persona”, hay evidencias científicas que invitan a reflexionar sobre las consecuencias de llevar a término un embarazo no planeado, no sólo para la mujer sino para el hijo o hija producto de éste. Por ejemplo, en relación con las consecuencias en el ámbito familiar de una maternidad forzada, David (2006) llevó a cabo un estudio con los hijos de mujeres que fueron obligadas a continuar con su embarazo en la República Checa, y, comparándolos con hijos de embarazos deseados, encontró que para aquéllos el riesgo de desarrollar algún rasgo psicosocial negativo era más alto. Similares conclusiones se encuentran en un estudio realizado en Quebec, Canadá, mediante el seguimiento, durante 50 años, de hijos no deseados (Perry *et al.*, 2005). Adicionalmente se ha evidenciado que los efectos negativos sobre la salud mental de estas personas continuaron hasta su adultez, pues eran más propensas a desarrollar algún

trastorno psiquiátrico o a tener menos satisfacción en el trabajo (Cameron, 2010: 199).

De acuerdo con el Grupo Médico por el Derecho a Decidir, en Colombia (GDC, Colombia) (2011), tener un embarazo o parto no deseado no sólo tiene efectos sobre la mujer, sino también sobre la pareja, el hijo que resulta de éste y el resto de la familia. Existe evidencia que demuestra un mayor riesgo de consecuencias negativas para la salud de las mujeres durante y después de un embarazo no deseado, pues éste es uno de los principales factores de riesgo asociados a depresión y a menores niveles de bienestar psicológico durante el embarazo, el post-parto y en el largo plazo. Este grupo de médicos afirma que el embarazo no deseado no sólo puede afectar de manera inmediata y tardía la salud mental de la mujer, exponiéndola a depresión, ansiedad e infelicidad, sino que, además, la continuación forzada de los embarazos no deseados empeora estos riesgos. Así, negar el acceso al aborto legal a estas mujeres pone su salud aún en mayor riesgo del que ya viven.

Ante estas evidencias, cabe recordar que la lógica que subyace a la valoración negativa del aborto, y aquí en particular, a la afirmación de la relación entre aborto y problemas de salud mental, pese a los estudios existentes, no se sustenta científicamente. Así, aun cuando desde los años ochenta, los grupos “antiderechos” hayan adoptado un discurso científico (Maroto Vargas, 2010), en la práctica sus argumentos carecen de rigor. El lenguaje psiquiátrico que usan es una herramienta para dar una imagen seudocientífica a aseveraciones que se derivan, no de la investigación sólida, sino de su oposición básica al aborto en cualquier circunstancia y, como sugieren los estudios citados, cualesquiera que sean las consecuencias. No obstante la debilidad de este discurso, en países como México, donde se han aprobado en el ámbito estatal leyes que protegen “la vida desde la concepción”, los grupos conservadores han logrado que este discurso permee en el marco legal de modo que se atribuyan trastornos mentales a las mujeres que quieren abortar. El discurso psiquiátrico, como en el caso de la homosexualidad en los siglos XIX y XX, sirve para constreñir y castigar a quienes optan o quieren optar por ejercer sus derechos, en este caso decidir acerca de su maternidad.

LA PRÁCTICA DEL ABORTO COMO SIGNO DE TRASTORNO MENTAL
Y SU PENALIZACIÓN EN MÉXICO

En México, como hemos señalado en otros capítulos, se aprobaron desde 2008 modificaciones constitucionales en 16 estados de la república mexicana para proteger “la vida” desde el momento de la concepción y considerar al embrión o feto como nacido para todos los efectos legales. En varios estados esto ha llevado a criminalizar y encarcelar a las mujeres que recurren al aborto. En Puebla, Veracruz y Yucatán (véase el cuadro 8.1, al final de este capítulo) la ley obliga a las mujeres a recibir lo que se llama “atención médica integral”, y en la práctica es atención psiquiátrica por haber abortado, so pena de ir a la cárcel. Esta medida alternativa, supuestamente más humanitaria, es igualmente coercitiva y nos recuerda la medicalización de las mujeres en el siglo XIX, tratadas por “histeria” o “locura” cuando en muchos casos simplemente no aceptaban los papeles tradicionales que las asfixiaban. En pleno siglo XXI sucede que o se llega a encarcelar a las mujeres acusadas del delito de aborto, o, en los tres estados mencionados, el juez tiene la obligación de extenderles una orden judicial para que cumplan con un tratamiento psiquiátrico o psicológico en las instituciones del Estado. Si la mujer se niega a cumplir con este tratamiento, el juez puede acusarla de desobediencia e imponerle la sanción correspondiente. Además, si la mujer es reincidente irá directamente a la cárcel.

El sesgo conservador de esta medida es evidente; su objetivo es reafirmar el papel tradicional de la mujer ante esta situación y evitar la reincidencia del aborto, considerado como un comportamiento desviante de la normatividad. En Yucatán, se pretende en efecto “reafirmar los valores humanos por la maternidad (*sic*), procurando el fortalecimiento de la familia” (Código Penal de Yucatán, art. 392). En Veracruz la iniciativa de reforma original propuesta por el PAN, exponía que el tratamiento educativo y médico permitiría “el restablecimiento de la mujer ante esta situación” (Gaceta Legislativa Veracruz, 2009) y evitar la reincidencia. En el código reformado en 2009 y hoy vigente se evita penalizar a la mujer con cárcel, ya que el delito de aborto se castiga con “tratamiento en libertad consistente en la aplicación de medidas educa-

tivas y de salud” (Código Penal de Veracruz, 2010, art. 150). Según activistas de derechos humanos, en los últimos 10 años 14 mujeres han sido procesadas por aborto y siguen su proceso en libertad, y 2 han sido encarceladas por homicidio en razón de parentesco (Tribuna.net, 2015). Sobra decir que las medidas “curativas” son intentos de imponer la maternidad como valor incuestionable y una herramienta más de quienes se afanan en mantener el control social sobre el cuerpo y la mente de las mujeres. El giro que se ha dado hacia la equiparación del aborto con homicidio agravado en razón de parentesco en estados como Veracruz, Guanajuato o Puebla, entre otros, así lo confirma.

En efecto, a diferencia del apoyo psicológico buscado voluntariamente por mujeres que han abortado, como las que entrevistó Ortiz Ramírez (2008), estas leyes pretenden obligar a las mujeres, con amenaza de cárcel, a asistir a sesiones que no las van a ayudar a resolver su problemática subjetiva individual, sino que pretenden imponerles la noción de que no querer ser madre, en cualquier circunstancia, es un signo de enfermedad o trastorno mental. El atribuir esta función a instituciones públicas distorsiona el sentido de los servicios de salud que, por cierto, pagan los contribuyentes (incluyendo a las mujeres). Además de que puede dudarse en general de la calidad de estos servicios, a menudo saturados, y del tipo de información y tratamiento que puedan dar, es importante recordar, como también lo señala Ortiz Ramírez, que el ambiente en que se reflexione sobre esta experiencia y el manejo que se dé, incidirán en la forma en que se procese la vivencia del aborto. Además, es cuestionable dar por sentado que todas las mujeres que han pasado por una experiencia de aborto, en cualquier circunstancia, necesitan y deben someterse a una consulta psiquiátrica, o a medidas “educativas” o de salud.

Está claro que imponer legalmente una pena consistente en atención psicológica supone que renunciar a la maternidad es un comportamiento desviante que debe generar problemas y que es socialmente inaceptable. Esto se deriva, como es obvio, de posiciones ideológicas y seudocientíficas semejantes a las de los voceros contrarios a la despenalización que hemos analizado y que, como hemos visto, carecen de fundamento. Por lógica y conforme al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos que

consagra el artículo 4^o Constitucional, esas disposiciones punitivas deberían abrogarse.

A la luz de los argumentos expuestos, cabe insistir en las siguientes interrogantes: ¿Qué consecuencias tiene sobre la salud mental de las mujeres que se les obligue a continuar con un embarazo no deseado o cuando es producto de una violación o cuando el feto presenta malformaciones genéticas? ¿Qué consecuencias tendrá la maternidad forzada en el proyecto de vida de las mujeres o sobre sus hijos? ¿Cómo inciden o influyen el estigma, la culpa, la imposición, la exclusión, en la salud de las mujeres antes y después de interrumpir un embarazo? ¿No es función acaso del Estado procurar que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida sin consecuencias negativas? ¿No es tarea de la sociedad asegurar condiciones de equidad y de bienestar para no discriminar a las mujeres que no tienen hijos o sólo quieren el número de hijos que puedan criar saludablemente en sus condiciones particulares?

Como veremos en el capítulo siguiente, la valoración de la maternidad en una sociedad incide en la percepción de lo que es el aborto y en las condiciones que afectan su práctica. En México, como en otros países, la maternidad está idealizada y cargada de mandatos acerca de cómo debe desempeñarse. Existe en el imaginario social una construcción del embarazo que evalúa cuán saludables y buenas son las mujeres, según sean o no capaces de engendrar y desear al producto. Las mujeres que no cumplen con estos preceptos son estigmatizadas y culpabilizadas de manera implícita y explícita, lo que afecta o puede afectar su salud mental (Demus, 2009). Así, sobre todo en ciertos contextos, el embarazo se configura como la única o la mejor forma en que las mujeres pueden adquirir un estatus respetable, aun cuando puede a la vez obstaculizarles el acceso a una mejor posición socioeconómica.

CUADRO 8.1

Reformas al Código Penal en Veracruz, Puebla y Yucatán

Estado

Veracruz
2009

Reforma

Exposición de motivos de la reforma al artículo 150 del Código Penal, del 17 de noviembre 2009:

La razón más importante de esta reforma es proteger la vida del ser humano, sin detrimento de la vida de las mujeres. Sin embargo, todas y todos sabemos que para que las mujeres tomen una decisión de esta magnitud, han tenido que hacer una serie de valoraciones sobre las implicaciones que tendrá para su vida, continuar con el embarazo o abortar. Sin duda, que sólo ella sabe lo que significa estar en una disyuntiva tan delicada en la que está de por medio la vida de un ser humano.

Además sabemos que la finalidad del derecho penal es la rehabilitación de la persona y su inserción a la sociedad, y sabemos que la pena privativa de libertad no es la vía más eficaz para inhibir la comisión de un delito. En el delito de aborto, aunque la mujer aparezca como sujeto activo, son varios los sujetos que influyen en ella para tomar la decisión de abortar, como pueden ser su familia, su pareja, un amigo o amiga, el médico? Aunado a lo que estas personas puedan influir, están las normas religiosas, las normas sociales e incluso lo que la ley señala respecto de esta conducta.

Por esto, la propuesta de sustituir la pena privativa de libertad por un tratamiento médico integral y multa es razonable, porque la situación emocional de la mujer cuando ha abortado es confusa, que requiere del apoyo profesional para restablecer el equilibrio emocional.

(continúa)

CUADRO 8.1
(*concluye*)

Estado

Reforma

Por la complejidad de la situación se considera que el Estado no debe agregar más elementos de criminalización a las mujeres, como es actualmente con la sanción privativa de libertad. Ante ello, se propone una sanción alternativa que realmente conlleve al restablecimiento de la mujer ante esta situación y es eficaz para la prevención de la reincidencia del delito o para erradicar esta conducta. El tratamiento médico integral es una medida que el sector salud tiene la obligación de proporcionar a la mujer y ella de recibirlo hasta la conclusión del mismo.

La sanción pecuniaria se señala como segunda opción y si sólo en el caso de reincidencia procede la pena privativa de libertad. Con estas sanciones, se libra a la mujer de ir a la cárcel por la comisión de este delito, atendiendo a la reforma constitucional de junio de 2008. Con estas medidas, se sanciona el delito por representar la cancelación del derecho a la vida de un ser humano, pero se valoran las circunstancias que llevaron a la mujer a tomar esta decisión tan delicada.

Ahora bien, no nos debemos confundir y pensar que de alguna manera se está exonerando de manera oculta a la mujer que comete este delito tan polémico incluso para el más alto Tribunal, ya que al imponer el tratamiento, y por alguna razón la sentenciada no lo quiere cumplir la podrá requerir incluso haciendo uso de las medidas de apremio y en caso de seguir renuente, podrá dar vista a la autoridad ministerial por la probable existencia del delito tipificado como desobediencia y resistencia de particulares contenido en el Código Penal Vigente para el Estado [*Gaceta Legislativa*, núm. 155, del Palacio Legislativo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 17 de noviembre de 2009].

Veracruz
Art. 150 del Código Penal,
2009

Iniciativa de decreto que reforma el artículo 150 del Código Penal, del 3 de diciembre de 2009

Artículo 150. A la mujer que se provoque o consenta que le provoquen un aborto, se le sancionará con tratamiento en libertad consistente en la aplicación de medidas educativas y de salud. A la persona que haga abortar a la mujer con su consentimiento se le impondrán de seis meses a dos años de prisión y multa de hasta 75 meses de salario [*Gaceta Legislativa*, núm. 159, del 3 de diciembre de 2009, y Código Penal de Veracruz].

Yucatán
Art. 392 del Código Penal

Tratándose de las sanciones a que se refiere este artículo, aplicables a la mujer que se procure su aborto, el juez queda facultado para sustituirlas por un tratamiento médico integral; bastará que lo solicite y ratifique la responsable.

El tratamiento referido en este precepto será provisto por las Instituciones de Salud del Estado y tendrá como objeto la atención integral de las consecuencias generadas con motivo de la práctica del aborto provocado, así como el de reafirmar los valores humanos por la maternidad procurando el fortalecimiento de la familia [Decreto 220, Código Penal de Yucatán, art. 392, *Diario Oficial del Estado*].

Puebla
Art. 342 del Código
de Defensa Social
para el Estado Libre
y Soberano de Puebla

Artículo 342. A la mujer que voluntariamente se cause un aborto o consenta en que otro la haga abortar, se le impondrá un tratamiento médico integral en libertad en instituciones de salud pública, mismo que tendrá una duración no inferior a un mes, ni superior a un año, así como multa de cincuenta a quinientos días de salario, o trabajo a favor de la comunidad, de ochenta a doscientas cincuenta jornadas.

El tratamiento deberá ser conforme a las circunstancias de la mujer, comprendiendo la concientización sobre la afectación al bien jurídico tutelado.

En caso de reincidencia, la sanción consistirá en tratamiento médico integral y prisión de seis meses a un año [Iniciativa de decreto del gobernador para la reforma del artículo 342].

SER MUJER-SER MADRE: MATERNIDAD Y ABORTO

INTRODUCCIÓN

Difícilmente se pueden entender los debates en torno al aborto sin conocer las representaciones, las percepciones y los significados de la “maternidad”, ya sea para las mujeres, los varones, o para determinados sectores y actores de ámbitos públicos y privados que han participado e influido en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. En este capítulo abordamos diversas cuestiones que están implícitas en las contrastantes posiciones y argumentos de ambos grupos en torno al concepto de maternidad, el poder del cuerpo de las mujeres, la participación del varón en las decisiones sobre el aborto, y la paternidad responsable (Carril y López Gómez, s.f.) y los embarazos no deseados. Al final resumimos los puntos más álgidos acerca de la relación entre maternidad y aborto expuestos por ambas posiciones.

LA “NORMA” DE LA MATERNIDAD

Una primera premisa que ha estado presente en las diferentes etapas de las sociedades ha sido la valoración de la maternidad como un hecho natural y normal para toda mujer, que debía, primordialmente, ocurrir dentro del matrimonio. Se ha considerado que es un “deber de las mujeres” dar hijos a la sociedad para asegurar la sobrevivencia de la especie humana y la fuerza de la nación, y también que la procreación dentro del matrimonio heterosexual

es un “deber religioso” por el que se justifica el ejercicio de la sexualidad. La maternidad ha sido concebida como un destino (como el único o primordial destino de los cuerpos femeninos, de la vida y de la identidad genérica) y una “necesidad”, “natural”, para éstas; se da por hecho que toda mujer desearía tener hijos como parte de su (supuesto) instinto maternal.

Esta intensa valoración de la maternidad ha conllevado una desaprobación social que aún pesa sobre las parejas sin hijos y, sobre todo, sobre las mujeres sin hijos. Ya sea que se trate de una esterilidad voluntaria o involuntaria, estas mujeres son consideradas como “mujeres incompletas”, y esta supuesta o real esterilidad se considera como una “anormalidad social” que debe explicarse y justificarse (Badinter, 2010). No se aplica en modo alguno esta misma estigmatización a los varones que no tienen hijos, excepto cuando se cuestiona su hombría o cuando tener descendencia corresponde a una responsabilidad social, y, aun en esos casos, no se condena con la misma intensidad. De hecho, cuando se evoca la esterilidad suele imputarse a las mujeres y la infertilidad sigue considerándose como “una derrota o fracaso de la feminidad” (Badinter, 2010: 180), sin duda una muestra más de la discriminación hacia las mujeres. El hecho de no poder o no querer tener hijos nunca o en determinados momentos de la vida es percibido como una desviación de la norma por parte de las mujeres, que se traduce en cierta desaprobación social hacia ellas y puede llevar en algunas sociedades a un divorcio o a un repudio de aquélla a quien se considera incapaz de asegurar la continuidad de la familia. En efecto, las expectativas sociales de la familia, de los amigos o de la sociedad se depositan en la capacidad de las mujeres de tener hijos (Donati y Samuel, 2001). Por tanto, la decisión o la incapacidad de tenerlos, sea ésta física, psicológica o por otras razones, es motivo de crítica y se convierte en un estigma.

En contraparte, expresiones como “tener el número de hijos que Dios me mande” o “Dios da y quita la vida”, fueron y, aunque en mucho menor medida, siguen siendo, parte de los valores y las actitudes internalizados por la población respecto de su comportamiento reproductivo. Así, durante muchas décadas la ausencia de métodos de control de la fecundidad condujo a un *laissez faire*

y a un régimen de fecundidad natural, como uno de los factores que explicaban el tamaño de la descendencia de las mujeres y las parejas.

Aun ante la ausencia de un medio de control efectivo y real de la fecundidad, cada sociedad ha tenido sus propias normas cultural y socialmente aceptables, que se van modificando en función de los cambios sociales, culturales y políticos y del desarrollo tecnológico en este campo. En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, existe una temporalidad específica para la procreación asociada a momentos y eventos del ciclo de vida y a edades que se consideran apropiados para las mujeres, que la hacen socialmente aceptable (Donati y Samuel, 2001; Guilmot, 1982). Las mujeres se adecúan a esto, aceptando o infringiendo las normas vigentes en el país, en su comunidad o grupo étnico de referencia.

Las pautas normativas de la reproducción están asociadas a una secuencia de eventos en la vida de la mujer. Así, por ejemplo, en México: “[...] tradicionalmente [...] se ha considerado que las mujeres deben unirse antes de iniciar su vida sexual y tener su primer embarazo [...] la secuencia primera unión-primer relación sexual-primer embarazo podría ser considerada como la secuencia normativa o tradicional [Solís, Gayet, y Juárez, 2008: 411]”. O, como lo enuncian Bringas *et al.* (2004: 60): “[...] el modelo cultural tradicional de la maternidad-paternidad es el matrimonio, que pauta una secuencia normativa para el inicio de la vida sexual, conyugal y procreativa de las mujeres: pareja-vida sexual- hijos/as”.

Esta norma aún prevalece en muchos países o poblaciones donde las mujeres deben comprobar su fertilidad inmediatamente después del matrimonio. Esta necesidad de demostrarla puede incitar a algunas mujeres a embarazarse, y después, ante ciertas circunstancias, abortar (Guillaume y Molmy, 2004). En contraste, la maternidad fuera del matrimonio o la separación de sexualidad y reproducción han sido comportamientos a menudo estigmatizados por revelar una sexualidad que se considera fuera de lo “normal”; en especial en el caso de las mujeres, son conductas rechazadas por la Iglesia católica (Melgar y Lerner, 2013), o por las sociedades que condenan la sexualidad y los embarazos fuera del matrimonio.

Asimismo, se ha determinado socialmente que ciertas edades son más apropiadas para que las mujeres tengan hijos: ni demasiado temprano, ni demasiado tarde, por razones sanitarias o sociales (Lerner y Szasz, 2008; Stern, 2012). Los embarazos precoces y la maternidad adolescente pueden representar un riesgo para la salud de la mujer y un riesgo social que compromete su futuro; por ejemplo, muchos estudios muestran que el abandono escolar ocurre con mayor frecuencia cuando hay un embarazo (Guilmot, 1982; Stern, 2012). Por otro lado, hay estudios acerca de las condiciones de vida que llevan a las mujeres a tener hijos, cuyos hallazgos destacan que la falta de expectativas, la carencia de opciones y oportunidades para continuar con sus estudios, o para incorporarse al mercado de trabajo, puede llevar a las adolescentes y jóvenes, en particular a las de menores recursos, a ver en el embarazo un proyecto de vida propio (Palma, 2008; Stern, 2012) o un estatus social en su familia (Kaplan *et al.*, 2001).

Contra la despenalización: tradición y ley natural

Dadas estas y otras normas “tradicionales” en torno a la maternidad, construidas social y culturalmente, no es de extrañar que quienes se oponen a la despenalización del aborto esgriman argumentos que se inscriben en una visión normativa —religiosa— y absoluta de la maternidad, concebida como un deber, un destino y un hecho natural del cual las mujeres no pueden escaparse. Como veremos a continuación, a partir de ahí tienden a trazar una dicotomía entre la autonomía y la maternidad, donde dan prioridad a esta última. Por ejemplo:

Es cierto que la mujer debe gozar de autonomía y libertad cuando se trata de elegir, ser o no ser madre. De ninguna manera la maternidad puede ser forzosa, sino consciente y amorosamente asumida. Pero una vez iniciado el embarazo, la maternidad no es elección sino consecuencia, resultado de un proceso biológico natural, realidad física que nos trasciende [...]. La mujer embarazada ya es madre independientemente del deseo de haber o no concebido. Lo físico y lo anímico en la mujer queda marcado con la impronta de la maternidad, dada

la interdependencia entre los procesos biológicos y somáticos que impactan la totalidad de la persona [PFC, 219].

La batalla contra el aborto, contra el gesto más anti femenino que uno pueda imaginar, es la frontera decisiva de nuestro siglo. No se trata solamente de una contienda ética ni de una disputa sobre valores morales, es la gran batalla sobre el futuro de la humanidad, sobre el poder del amor y la paz contra la lógica de la muerte. No hay nada más importante en el frente cultural, civil y político. Venceremos la batalla de la civilización solo si conseguimos elegir la vida, es decir, poner a toda mujer en situación de ser libre de no abortar [PFC, 222].

Demos a la mujeres (nacidas o por nacer) un derecho que las proteja, que les dé oportunidades, que consolide sus valores naturales, que las fortalezca en la sociedad, que les permita mantener la valentía de la maternidad y del cuidado de la vida [CHC, 230].

Al menos dos comentarios parecen pertinentes ante tales argumentos. Primero, cabe notar la paradójica y contradictoria postura de otorgarle a la mujer el derecho y libertad de elegir, de decidir ser o no ser madre, antes del inicio de un embarazo y cancelárselo cuando adquiere el estatuto de embarazada. Cabe preguntarnos si la mujer es o no es libre y autónoma en sus decisiones en el ámbito sexual y reproductivo. ¿El no ser libre y autónoma obedece a que se considera el embarazo como un proceso natural, biológico y físico? ¿Será libre y autónoma si se considera que se trata de un proceso social? ¿Cómo interpretar la imposición, la no elección de ser madre ante un embarazo, producto de una violación o ante las desfavorables condiciones de vida, de salud y bienestar de la mujer y de su familia? ¿Cuál es la autonomía de las mujeres, sobre todo de mujeres de estratos socioeconómicos pobres, a quienes se les limita el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para elegir/posponer su maternidad? ¿Seremos una sociedad civilizada, amorosa, segura, si negamos a las mujeres sus derechos a decidir sobre su vida, el bienestar de su familia, y las penalizamos y criminalizamos por elegir interrumpir un embarazo imprevisto, inoportuno y no deseado? Finalmente, ¿son o no son las mujeres totalmente libres y autónomas de decidir sobre

su reproducción, cualquiera que sea la circunstancia que las lleve al aborto de un embarazo no planeado y no deseado? ¿Quién y cómo determina esto para toda la sociedad?

El segundo comentario se relaciona con las opciones que les ofrece a las mujeres la despenalización del aborto, con la cual la mujer es libre de continuar o no con su embarazo, es decir, libre de abortar o no, ya que no se le impone, ni se le obliga ni se le penaliza por continuar o interrumpir su embarazo. Con la penalización del aborto, en cambio, la supuesta libertad de la mujer ante un embarazo no deseado se reduce a dos alternativas que no lo son: dar en adopción a la hija o hijo producto de éste o recurrir a un aborto clandestino e inseguro, y en este caso ser penalizada y criminalizada. La alternativa de dar en adopción, planteada una y otra vez por las voces conservadoras, conlleva dificultades que éstas no tienen en cuenta, y supone, además, que la mujer no sufre por el embarazo no deseado que se ve obligada a llevar a término. Sin duda hay quienes toman esta decisión, ya sea por el peso del estigma, por temor, o por convicción y altruismo, pero esto no puede generalizarse ni sugerirse como “opción” para justificar la penalización del aborto.

Por otra parte, afirmar que optar por el aborto es “antifemenino” remite a un concepto esencialista tradicional de la feminidad. Postular la defensa de la civilización contra el aborto, a su vez, nos recuerda la equiparación del aborto con crimen y violencia, que en voz de algunos prelados católicos se ha enunciado incluso como amenaza a la paz o genocidio, lo cual es por demás incongruente e inaceptable, más aún cuando callan ante hechos como el feminicidio que mata a miles de mujeres y afecta a sus familias y a la sociedad mexicana año con año.

No obstante sus fisuras, esta conceptualización y alta valoración de la maternidad se pone de manifiesto también contra la reforma de 2007, cuyo sentido y efectos se contraponen a las bondades de la maternidad idealizada:

[...] la penalización del aborto es un medio insuperable que la ley presenta para proteger lo más sublime que ocurre en la vida humana, a saber, la maternidad [CLC, 160].

De acuerdo con la legislación vigente en el Distrito Federal, se autoriza a destruir la vida de un ser humano y esta autorización proviene a solicitud de aquella que naturalmente tiende a nutrirlo, alimentarlo, protegerlo, a proveerlo de cuidados [MRGL, 150].

La protección que la Constitución dispensa a la vida del producto de la gestación implica para el Estado la obligación de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga su protección efectiva, lo que no se cumple al dejar totalmente desprotegido al producto de la concepción hasta la duodécima semana de embarazo, e incluso después de ella, pues sólo protege el embarazo y no la vida [JLFS, 70].

Frente a este conjunto de expresiones, que no sólo idealizan la maternidad sino le atribuyen un carácter natural, cabe señalar que el concepto de lo natural está socialmente construido y en este caso se deriva de un concepto de ley natural, inspirada por una deidad o ente abstracto, que corresponde a una visión patriarcal del orden social. Atribuir en el siglo XXI una esencia o un instinto materno a todas las mujeres es cuando menos cuestionable a la luz de los estudios de género. Incluso desde una perspectiva de derecho positivo, cabe preguntar dónde quedan los cambios legales y constitucionales que reconocen la igualdad de las mujeres cualquiera que sea su estado civil y condición social, o, en otras palabras, ¿por qué se argumenta como si no se hubieran modificado las leyes desde 1953 o no existiera el artículo 4º constitucional? ¿Por qué perderían su derecho a decidir sobre su maternidad y su cuerpo las mujeres por el simple hecho de estar embarazadas? ¿Estaríamos entonces dispuestos a volver a un marco legal donde, por ejemplo, las mujeres casadas volvieran a perder autonomía por su simple estado civil? En los hechos, el discurso que exalta la maternidad como “lo más sublime” y “femenino” tiende a minar la libertad y la autonomía de las mujeres y a supeditar sus derechos al derecho de “persona” que se le atribuye indistintamente al embrión, o al feto en la visión conservadora de la sociedad. En este mismo sentido, cabe preguntarnos: ¿Cómo puede plantearse que la penalización del aborto “protege” la maternidad?

¿No sería más bien que penalizar legítima la imposición de la maternidad? ¿Cómo se justifica “proteger” la maternidad mediante la penalización del aborto cuando ésta implica criminalizar y encarcelar a las mujeres, impidiéndoles así ejercer su responsabilidad en la crianza de sus hijos ya nacidos? ¿Acaso la mujer que decide abortar deja de ser madre de los hijos que ya tiene? ¿Por qué sólo contaría la “vida” del no nacido? ¿O acaso, si no es madre y no quiere serlo, la mujer deja de merecer el respeto a sus derechos constitucionales?

Por otra parte, cabe notar la configuración de la reforma como “permiso para matar”: en esta interpretación los legisladores de la ALDF y del gobierno de la ciudad han torcido el sentido de la ley y se han vuelto así cómplices, implícitamente, de una permisividad que abre la puerta a la “destrucción” arbitraria de vidas, prácticamente a la barbarie, lo cual evidentemente contravendría el estado de derecho.

A favor de la despenalización: normas que evolucionan

Ante la exaltación de la maternidad, incluso cuando el embarazo es resultado de una violación o cuando el producto está irremisiblemente dañado, es importante destacar la noción de maternidad elegida que ha sido una bandera de los movimientos feministas desde su inicio, reivindicada además en la mayoría de las conferencias internacionales y centro de la discusión y la agenda de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo y de la Conferencia sobre la Mujer de Beijing. Recordemos que en ésta, como en el artículo 4º de la constitución mexicana, se estipula el derecho de toda persona a decidir el número y calendario en la conformación de su descendencia, compromiso también firmado por la gran mayoría de los países y que, sin embargo, aún estamos lejos de lograr. Es importante recordar también que en estas conferencias se reafirma que el aborto no debe considerarse como un método de PF, pero se señala asimismo que los gobiernos deben ofrecer a las mujeres que lo practican en condiciones de riesgo, servicios de salud de calidad para tratar sus complicaciones. Si bien el control de la fecundidad, junto con el aumento del nivel educativo de las

mujeres y su creciente inserción en el mercado de trabajo, han contribuido a su vez a modificar las percepciones y valoraciones de la maternidad y su calendario, y a cambiar los estilos de vida femeninos; como señala acertadamente Neil Gilbert (citado por Badinter, 2010), aún subsisten limitaciones y obstáculos de diversa índole, sobre todo culturales e ideológicos, que han dificultado la generalización de este cambio de enfoque, particularmente en países en desarrollo.

Hoy en día los modelos de familia y modos de vida de las mujeres se han diversificado. Todavía encontramos mujeres que permanecen en un modelo familiar “tradicional” o “familista”, con una vida centrada en la crianza y educación de los hijos y en los quehaceres domésticos (y en tareas de las unidades de producción familiar). Otras viven en un modelo “moderno, liberal”, en que buscan conciliar o concilian su carrera profesional o laboral con la maternidad; otras más privilegian su carrera y su vida personal, y posponen la maternidad a edades más tardías, y algunas renuncian a ella (Badinter, 2010). Aun en sociedades que se caracterizan por una mayor desigualdad en los niveles de vida de la población, se advierten cambios en su visión de la maternidad; éste es el caso de México, entre cuya población indígena y marginal algunas mujeres empiezan a desmarcarse de la tradición y a optar por una maternidad elegida como respuesta a sus aspiraciones y como parte de sus derechos sexuales y reproductivos, aun cuando el deber de maternidad está todavía arraigado en su cosmovisión y cultura (Espinoza Damián, 2008; Solís, Gayet y Juárez, 2008).

Con las transformaciones de la sociedad y los cambios consecuentes en las condiciones de vida de las mujeres que se han dado en las últimas décadas, han surgido esquemas distintos del ordenamiento temporal en la vida reproductiva. Éstos se derivan de una entrada más tardía en la unión de pareja, del aumento del celibato definitivo, de una iniciación sexual más temprana, entre otros. Así, algunas parejas pueden vivir un periodo de su vida sexual sin buscar la procreación —antes o después del matrimonio—, mientras que el temprano inicio de la vida sexual de otras, o la ausencia de opciones de estudio o de trabajo, aunados a las necesidades no satisfechas de anticoncepción, pueden explicar embarazos premaritales con diversas consecuencias (Brin-

gas *et al.*, 2004; Solís, Gayet y Juárez, 2008; Ávila González, 2005; Rostagnol, 2012).

En América Latina las condiciones socioeconómicas, el cambio acelerado de los patrones culturales y del ámbito laboral, además de avances médicos y tecnológicos, han repercutido, por ejemplo, en una mayor participación de la población femenina en actividades extra-domésticas y en separar la sexualidad de la procreación. Estos cambios, aunados a un deseo cada vez más generalizado por alcanzar un mejor nivel de vida, han llevado a una reducción del tamaño de la descendencia y a que las mujeres se planteen la necesidad de recurrir cada vez más a métodos anticonceptivos modernos y efectivos (Donati y Samuel, 2001). En esta línea, investigadores que han analizado las transformaciones en el aspecto material en zonas rurales han constatado, ante el deterioro de las condiciones de vida, cambios significativos en la valoración de los hijos que han incidido en el tamaño de las familias: ya no se considera necesaria una descendencia numerosa para la organización de las unidades domésticas, ni para contar con su apoyo en la vejez, dado que los propios hijos tendrán dificultades para insertarse en el mercado de trabajo (Lerner, Quesnel, 1994).

Sin obviar las limitaciones o deficiencias de los programas de PF, podemos afirmar que su implementación y el desarrollo de tecnologías anticonceptivas han contribuido también a cambiar el estatus de la maternidad. Ahora las mujeres pueden decidir el momento de tener hijos y el número que desean tener, poniendo así fin a la noción de la maternidad como un hecho natural inevitable, o como necesidad u obligación; hoy existen alternativas que si bien no son infalibles, contribuyen a su desarrollo personal y hacen más factible que alcancen sus expectativas y desarrollen su proyecto de vida (Espinoza Damián, 2008). En efecto, con el acceso a la anti-concepción, el control razonado de la procreación está en manos de las mujeres a través de MA modernos y más eficaces, ya sean métodos hormonales o la esterilización, en tanto esencialmente métodos femeninos, aunque es importante recordar las barreras y selectividad en el acceso para muchas, como las adolescentes, las mujeres de clases sociales desfavorecidas y las indígenas, lo que contribuye a que se den embarazos no deseados (Juárez *et al.*, 2010)

y no se pueda descartar la opción del aborto como último recurso ante éstos.

En tal contexto, los grupos a favor de la despenalización reconocen que la maternidad es en parte un proceso biológico, pero enfatizan que no debe limitarse sólo a este aspecto, ni mucho menos a la fatalidad biológica que el discurso conservador tiende a otorgarle. Sus argumentos se sustentan en el derecho de las mujeres a la autonomía y libre elección reproductiva que conllevan una maternidad voluntaria y elegida, es decir, la libertad de llevar a término un embarazo o de interrumpirlo. Estas son premisas inherentes a una sociedad democrática y laica que reconoce y respeta la pluralidad y la diferenciación en el ámbito sexual y reproductivo, y que garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconocidos en la Constitución. En este marco, quienes apoyan la despenalización del aborto sitúan a la mujer como el principal agente de su vida reproductiva: ella es quien decide sobre su reproducción y la vive como un acto consciente y responsable y como un acto de amor. La maternidad es además una experiencia subjetiva que no se puede imponer. Así por ejemplo, se plantea que:

La maternidad es una expresión formidable de la diferencia sexual. Es una experiencia compleja, gratificante, absorbente y muy personal. Para la mayoría de las mujeres la maternidad es, al mismo tiempo, fuente de poder y sometimiento, de disfrute y de sufrimiento, de goce y de trabajo, por lo tanto el derecho a decidir cuándo y cómo se desea ser madre resulta crucial [ML, 35].

Para defender la autonomía de las mujeres hay que dejar de considerar a la maternidad como destino [...]. Una sociedad moderna y democrática no puede ya tomar el hecho de tener hijos como algo "natural" o como un regalo del cielo, sino debe verlo como una elección amorosa que requiere compromiso y trabajo. Pero redefinir la maternidad como una voluntad gozosa y responsable de tener y criar hijos conlleva un reordenamiento jurídico: las mujeres deben poder decidir si continuar o no un embarazo [ML, 37].

Como puede notarse aquí, reconocer el valor que muchas mujeres le otorgan a la maternidad no implica negar sus facetas negativas, ni excluir el derecho a decidir si se quiere asumir o no esa posibilidad de vida, o cuándo y cómo se puede o se quiere hacerlo. Es importante por tanto adecuar el marco legal a la realidad de las mujeres y del ejercicio de la maternidad, es decir, reconocer que también el derecho cambia y las normas se modifican, como lo evidencia desde luego el marco internacional de derechos humanos.

Otras intervenciones coinciden en el rechazo de la maternidad como destino e imposición, conceptos que se derivan de una falsa construcción de lo “natural” como lo correcto e inevitable:

Si bien el embarazo es una capacidad exclusiva de las mujeres, no se deriva de ello la obligación de continuarlo en contra de su voluntad. La noción que liga mujer-embarazo y maternidad como indisolubles es respetable, pero no es universal ni natural, es una construcción social y como tal modificable [MERC, 183].¹

Concebimos la maternidad como derecho, no como castigo, condena o imposición. [...] Muchas mujeres mexicanas, de todas las edades, muy lejos de viejos prejuicios y cortapisas, vivimos y disfrutamos plenamente nuestra sexualidad bajo esquemas de relaciones sanas y libres. Hay otras que desafortunadamente sufren todavía algún tipo de violencia o aceptan relaciones impuestas como parte de una “normalidad” que muchas de ellas no cuestionan porque pareciera destino. [...] Hay mujeres dispuestas a jugar ese rol y hay otras que optan por la *negación de abnegación*, por la insumisión y por elegir plenamente su destino. Ambas son libres de elegir. Ninguna instancia externa debe decidir por ellas, aun cuando pretendan hablar en nombre del embrión o en el nombre del padre [LBA, 189, 190 y 192; cursivas en el original].

Cabe destacar en esta última intervención la coincidente defensa de la libertad de las mujeres y del disfrute de su cuerpo y su

¹ Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, que no fue presentado en las audiencias.

libertad, y el cuestionamiento de los supuestos derechos del embrión o del padre. Se rechazan aquí los argumentos que justificarían la negación de los derechos de las mujeres, en nombre de aquéllos, que implica, como también se sugiere, la justificación de la sumisión y la subordinación, lo que resulta por demás discriminatorio. Si ya en capítulos anteriores hemos cuestionado la validez de los argumentos que niegan los derechos de la mujer en nombre de “la vida” del embrión, a continuación nos detendremos en el argumento que pretende otorgar al padre un derecho que para algunos sería superior al de la mujer, lo cual tampoco puede sostenerse en el contexto social, cultural y jurídico actual, ni menos en términos de derechos humanos.

Maternidad: ¿elección o deber?

La maternidad y la paternidad no otorgan los mismos derechos ni los mismos deberes a las mujeres y a los hombres. Como escribe Marcela Lagarde (2003: 40): “no son ni instituciones ni experiencias vitales de un sistema dual. Son asimétricos en contenido y desiguales por su dotación de poder y en el peso vital que tienen en la existencia de padres y madres [...] y en cuanto a su impacto social”. La maternidad no puede asimilarse únicamente a un proceso biológico carente de implicaciones afectivas o subjetivas, que se limite a considerar “a la mujer como productora de materia prima” (Elías, 2009). La maternidad debe ser deseada; puede ser una fuente de florecimiento para las mujeres, y, sobre todo, una experiencia personal gratificante, siempre y cuando sea realmente una opción anhelada. La decisión de tener o no tener hijos es una decisión privada e íntima que la mujer debe tomar libremente.

Por otro lado, la maternidad puede ser también una fuente de sometimiento al hombre, dentro del sistema de poder patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres: “ser madre puede significar la subordinación de su voluntad a cualquier otra voluntad con poder según el orden simbólico patriarcal” (Lagarde, 2003: 43), que es lo que pretende el discurso conservador que ya hemos citado. A través de la maternidad, en efecto, se ejerce (o se busca ejercer) un fuerte control sobre el cuerpo, la mente y la vida de las mujeres,

un control de su sexualidad a la que se dicta la procreación como finalidad. El control social del cuerpo, de la sexualidad y de la reproducción concierne a las mujeres porque el embarazo se desarrolla en su propio cuerpo, y, si lo lleva a término, le impone la responsabilidad de la crianza de los hijos (Palomino *et al.*, 2011).

Este control priva, parcial o totalmente, a las mujeres de su independencia y autonomía reproductiva, y de su poder de decisión de embarazarse o no. En el contexto de fuertes desigualdades sociales y de género que prevalece en México y en otros países, muchas mujeres no pueden elegir libremente ni decidir cuándo quieren tener un hijo, ni proteger su sexualidad, lo que obedece, en gran medida, como ya hemos dicho, a las limitaciones y obstáculos en el acceso a programas de PF eficaces y de calidad, a las dificultades para negociar el uso de la anticoncepción en la pareja, a la violencia, a la deficiente educación sexual, y al desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres entre amplios sectores de la población.

Contra estas reflexiones y sobre todo por su negativa, o imposibilidad dogmática, a reconocer la autonomía reproductiva de la mujer, quienes se oponen a la despenalización del aborto desarrollan una estrategia argumentativa que sigue dos líneas. La primera se centra en la imagen del cuerpo de la mujer embarazada como recipiente, para establecer la independencia y autonomía del cigoto y darle derechos de "persona". La segunda otorga al padre un derecho igual o superior al de la madre, aun cuando éste no viva la experiencia del embarazo o se trate de un violador, cuya "paternidad", más allá del hecho biológico, es cuestionable. Hablar del derecho a la paternidad es considerar una elección para los padres y no una responsabilidad y obligación, en contraste con el "deber de maternidad" que se pretende imponer a las mujeres. A continuación analizaremos en detalle estos argumentos, destacando sus implicaciones para la vida de las mujeres y su estatus en la sociedad.

*Maternidad, cuerpo materno y autonomía de la mujer:
¿conceptos separables?*

¿Qué implica postular, como lo hacen las voces opuestas a la despenalización, la autonomía del producto de la concepción incluso antes de las 12 semanas de gestación? ¿Cómo se concibe el cuerpo de la mujer y qué sentido se da a la maternidad? ¿Qué implica insistir en la condición de persona del no nacido para defender sus “derechos” por encima de los de la mujer? Estas cuestiones clave se plantean en los argumentos en contra y a favor de la despenalización, con muy distintas respuestas, como era de esperar. Por ejemplo, para justificar lo que de hecho es una restricción y violación de derechos, una de las voces conservadoras construye una extraña imagen del cuerpo femenino:

[...] la libertad de la madre sobre su cuerpo nunca se coarta, porque ese derecho no se extiende más allá de su cuerpo. Así como el derecho de la mujer sobre su cuerpo no es limitado por la imposibilidad de disponer del cuerpo de su hermano, tampoco se limita por no poder disponer del de su hijo. El hecho de que su hijo se encuentre dentro de su vientre no le otorga el derecho a disponer de él, pues no se trata de su cuerpo, sino de un ser humano genéticamente distinto a ella [JLFS, 72].

Como puede notarse, aquí se configura el cuerpo de la mujer como un objeto que le sería ajeno, lo cual es un contrasentido. Comparar el cuerpo de otra persona consanguínea con el del producto en gestación es una falacia pues lo que se discute al postular el derecho de las mujeres a decidir sobre su embarazo no es que “dispongan” de otra persona sino que puedan determinar libremente qué sucede con y en su propio cuerpo, que no es ajeno a ellas sino condición y parte integral de sí mismas. Aun cuando el embrión o feto sea “genéticamente distinto”, hasta las 12 semanas carece de sistema nervioso desarrollado, no es viable por sí mismo y no puede considerarse legalmente como persona; es sólo potencial de vida humana que incluso puede no ser viable, como ya hemos planteado en capítulos anteriores.

Otro argumento busca demostrar la “independencia” del embrión equiparando el útero de la madre con el de la madre subrogada o un procedimiento *in vitro*:

[...] el embrión también tiene independencia, tanto que puede crecer no sólo en el útero de su madre, sino también en el útero de otra mujer (en las llamadas madres subrogadas) o hasta en cultivos “*in vitro*” durante algunos días. Él es quien elabora su propio hábitat y manipula hormonalmente el organismo materno para suspender la menstruación y comenzar la gravidez [MRK, 107].

Si bien el cigoto puede vivir algunos días fuera del vientre materno como sucede con la técnica de reproducción asistida, no por ello es una vida autónoma. La comparación con la llamada madre subrogada tampoco es convincente, ya que aunque ésta ofrezca la posibilidad de desarrollar en su seno el producto de la concepción, el cigoto no es por ello un ente independiente que puede desarrollarse por su cuenta en cualquier parte. Esta imagen dinámica, cuasi nómada, del cigoto o feto, lo asemeja a una semilla que puede trasplantarse a voluntad, símil poético tal vez pero no científico. Ni desde el sentido común ni desde el punto de vista biológico-médico pueden sustentarse este tipo de argumentos para postular la condición de persona del embrión, al que, además, se atribuye un poder desmedido, ¿manipulador?

Tal vez por reconocer la desmesura de estos argumentos, otros opositores a la despenalización que ya hemos citado optan por destacar la interdependencia del producto de la concepción y de la mujer y consideran la obligación de ésta nutrirlo y protegerlo, o hablan de la interdependencia entre los procesos biológicos y somáticos que “*impactan*”, según ellos, a la mujer. La debilidad de estos argumentos es evidente en la contradicción entre postular, por un lado, la autonomía del cigoto o feto y, por otro, afirmar una interrelación que a fin de cuentas no es tal sino una relación desigual en que el feto impone obligaciones a la mujer. ¿Será que el cigoto-embrión no es tan independiente? ¿O es un tirano?

Ser mujer no obliga a ser madre

Quienes aprueban la despenalización rechazan claramente esta postura y señalan la necesidad de defender y respetar el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre su propio cuerpo, su salud y bienestar:

[...] quienes no separan el ser mujer del ser madre pretenden imponer la maternidad como verdad a todas las mujeres y emprenden una defensa ideológica de la maternidad que llega hasta a invisibilizar los cuerpos de las mujeres como ciudadanas y seres libres y a vernos a nosotras como meros receptáculos de vidas potenciales [MB, 74].²

Cabe destacar aquí la defensa de la ciudadanía de las mujeres, no como “reproductoras” que aportan soldados o mano de obra a la patria ni como “educadoras” de ciudadanos, sino como ciudadanas con plenos derechos, obligaciones y libertades propias. El reconocimiento legal y social de la autonomía reproductiva de la mujer también es importante, lo mismo que la recuperación de la subjetividad que se borra en el discurso conservador:

El reconocimiento constitucional del derecho a la libertad reproductiva determina que la procreación no sólo debe ser tratada como un proceso biológico, sino que preponderantemente debe ser regulada como un acto de conciencia y voluntad, que no se agota en el ejercicio de la sexualidad, por lo que normativamente debe ser descartada la posibilidad de que las mujeres sean caracterizadas como un instrumento cuyo destino fatal es la reproducción [PIMA, 139].

Además, contra las voces que afirman, en nombre de los derechos del embrión, que el Estado no debe otorgar condiciones legales para la interrupción del embarazo, quienes defienden el derecho de las mujeres a decidir, plantean claramente que si, por el contrario, el Estado las obliga a continuar con el embarazo o a arriesgar su salud y su vida en abortos inseguros, está actuando contra sus derechos humanos: ellas no son “receptáculos” sino personas:

² Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, pero no presentado en las audiencias.

[...] resulta contrario a la protección, al respeto y a la garantía de los derechos humanos de las mujeres que el Estado obligue, bajo la amenaza de la privación de su libertad, a continuar con el embarazo o interrumpirlo en condiciones que ponen en riesgo nuestra integridad o nuestra vida y que oriente su acción en la protección de una vida que no es autónoma, que implica el sacrificio de la mujer embarazada, deshumanizándola, atentando contra su carácter de persona y concibiéndola como un simple vehículo de desarrollo molecular.” [MLMC, 197].

Argumento éste que puede leerse como respuesta casi puntual a las argumentaciones contrarias que arriba comentamos.

DERECHO A LA PATERNIDAD: ¿DERECHO DE VETO?

La segunda estrategia orientada a limitar la autonomía reproductiva de la mujer y su derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida se centra en el concepto de paternidad. La exclusión del padre o del varón de la decisión de la mujer para interrumpir su embarazo, el derecho a la igualdad entre ambos sexos y por tanto el derecho del hombre a la paternidad, son las premisas utilizadas por quienes se manifiestan en contra de la despenalización del aborto. Como veremos, se tiende a simplificar la problemática real y a esquivar temas polémicos, como el ejercicio real de la paternidad, no siempre “responsable”, deseada ni asumida, o aspectos escabrosos, como la pretensión de otorgar derechos al “padre” biológico, ¿así sea un violador?

En efecto, así como se idealiza la maternidad para imponerla, se generaliza el concepto de “paternidad responsable” que, según algunos, justificaría otorgarle al hombre el derecho a participar en la decisión de las mujeres:

[...] la interrupción del embarazo contraviene el principio de la paternidad responsable **al excluir al padre del ejercicio de sus derechos y responsabilidades como padre.**” [MOQC, 128; negritas en el original].

Para ello se recurre también al discurso legal, que no siempre se recuerda cuando de los derechos de las mujeres se trata, como

ya lo hemos visto. Así, en este caso, se enuncia una particular preocupación por la igualdad entre hombres y mujeres:

La garantía de igualdad entre el varón y la mujer, instaurada en el artículo 4º, implica que sea inconstitucional la norma penal que permita a la mujer interrumpir su embarazo, de manera unilateral y sin consentimiento del varón, como padre del producto de la concepción negándole, con ello, el derecho a formar una familia y a ser padre, derecho protegido por la misma Constitución [AMG, 194].

Llama sin duda la atención que se dé por hecho la existencia de un padre responsable y se atribuya al “padre del producto de la concepción” el deseo y derecho de tener una familia, cuando en los hechos no todos los padres son responsables, no todos los hombres quieren ser padres o tener más hijos, no todas las mujeres tienen pareja, es decir no todas cuentan con el apoyo de un varón cuando quedan embarazadas. Además de que sucede, como se sabe, que el “padre” biológico sea un violador desconocido o un padre o padrastro incestuoso. ¿Todos ellos tendrían ese derecho?

Curiosamente, en vez de negarles derechos cuando se trata de criminales cuyo acto violento se deriva en el embarazo de la víctima de violación o incesto, hay quien argumenta en términos que pueden atribuirse a una doble moral carente de ética y sentido de la legalidad:

El aborto desconoce al padre en sus derechos y responsabilidades; esconde también el incesto, la violación y el abuso [MCAL, 131].

Insistimos: si hubo incesto, violación o abuso, ¿qué derechos y responsabilidades tiene el hombre violento? ¿No son crímenes estos actos? ¿Qué se defiende así? Y preguntemos también: ¿Por qué se sugiere que el aborto “esconde” esos crímenes como si la mujer fuera culpable de ocultar un motivo de estigma? El aborto no esconde nada: puede liberar a la mujer de un embarazo impuesto por la violencia, pero es además un derecho que se otorga en todo el país a las mujeres y niñas que han sido violadas, conforme se establece en exclusiones de responsabilidad en todos los estados y en la norma NOM-046-SSA2-2005 de la Secretaría de Salud.

Por ello resulta por demás cuestionable que el discurso conservador, esgrimido en su momento por la PGR y la CNDH, haya configurado la despenalización del aborto como un atentado a los derechos de los hombres, e incluso algunos defiendan un supuesto “derecho inalienable”:

[...] el Código Penal del Distrito Federal no distingue y anula con su voto mayoritariamente, en su Asamblea de Representantes, el derecho inalienable que confiere la Constitución a todos los varones del Distrito Federal, restringiendo su derecho a ser padres porque, aun en contra de su voluntad, después desde (*sic*) que el varón y la mujer juntos, lo han decidido, un cambio de parecer de esta última, elimina ese sacratísimo derecho del varón [JDCL, 247].

Aunque el autor de esta intervención distingue previamente entre “padres desconocidos”, padres desinteresados del desarrollo de sus hijos y otros que sí serían responsables, aquí mezcla premisas legales y morales para atribuir a “todos los varones” un derecho “inalienable” que se vuelve sagrado, en un vaivén semejante al que imagina entre hombre y mujer que primero acuerdan tener un hijo y luego se oponen cuando la mujer se atreve, por su cuenta, a optar por el aborto. Los estereotipos de género y el sesgo melodramático serían risibles si no tuvieran consecuencias negativas en la vida de las mujeres.

Lo que sucede con este discurso es que se elabora desde clichés e idealizaciones sin fundamento y desde el desconocimiento y la negación de la compleja y heterogénea realidad del ejercicio de la paternidad y del papel del varón en la toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo en sociedades donde subsiste el modelo patriarcal. Por ello, es pertinente exponer con cierto detalle algunos de los hallazgos de investigación científica que permiten sustentar el derecho de las mujeres a decidir sobre la maternidad y a matizar las imágenes que se tienen del papel que desempeñan los varones en el embarazo, la opción entre aborto y paternidad.

Como señalan Guillaume y Lerner (2007) en su revisión de la literatura producida en América Latina sobre el tema del aborto, en el capítulo “Los varones y la práctica del aborto”, los hallazgos de la mayoría de las investigaciones realizadas en esta región nos

ilustran acerca de las diversas posiciones, actitudes y valoraciones que adoptan los varones en su involucramiento en la esfera de la sexualidad y la reproducción.³ Un gran número de estudios aluden a una paradoja que consiste en que el varón percibe la sexualidad como un ámbito predominantemente masculino, en el cual ejerce su control y poder sobre la sexualidad femenina, pero asume en cambio el ámbito de la reproducción y su regulación como un espacio femenino, del cual responsabiliza a la mujer.

La intervención del varón en el proceso de decisión del aborto no responde a un patrón unívoco. Como demuestran diversos estudios, varía en función de numerosos factores, como las desiguales relaciones y esferas de poder entre ambos géneros, las distintas identidades y papeles masculinos y femeninos construidos y asignados socialmente, la experiencia de los propios sujetos, el grado de compromiso afectivo del varón con su pareja o los vínculos emocionales entre ellos, el momento del ciclo y proyecto de vida de ambos, en particular de las mujeres, las condiciones económicas de éstas o de la pareja, la ausencia o presencia de una cultura de planeación, en la cual la prevención sea una manera cotidiana de actuar de ambos.

Así, como agregan las autoras, el grado y tipo de participación del varón en el proceso de decisión del aborto depende de los vínculos con su pareja, del grado de amor y del tipo de relación (estable, formal u ocasional o sin futuro): en este último caso, por ejemplo, puede ser nula si la mujer decide abortar sin informarle. También puede suceder que los varones sean quienes inciden más en la decisión, ejerciendo presión y coacción o persuasión sobre la mujer para que interrumpa el embarazo; a veces comparten la responsabilidad de la decisión; y en muchos otros casos están ausentes; no asumen ningún compromiso o permanecen ajenos, o ambas cosas, porque piensan que la mujer es la responsable del uso de anticonceptivos, que ella es quien se embaraza y a quien corresponde la decisión de continuar o de interrumpir su embarazo, ya que es su cuerpo (Carril y López Gómez, s.f.; Chaneton y Vacarezza, 2011; Figueroa Perea y Olguín, 2000; Lafaurie *et al.*, 2005;

³ Véanse los relatos y experiencias concretas mediante las propias voces de los varones, en Lerner y Guillaume (2008).

Guevara Ruiseñor, 2005; Petracci *et al.*, 2012; Heilborn *et al.*, 2012; Rostagnol, 2012). Como señalan Petracci *et al.* (2012: 170):

el varón juega en algunos casos un papel definitorio, pero nunca como protagonista en pie de igualdad con la mujer, sino como personaje interviniente en el proceso subjetivo decisorio de la mujer, quien es la que en última instancia resuelve interrumpir o proseguir un embarazo.

En otras ocasiones el hombre no participa en nada porque no sabe que la mujer ha quedado embarazada y ha decidido abortar, o porque rechaza su responsabilidad en el embarazo, o simplemente porque se trata de un violador que desaparece de la escena o bien, en caso de incesto, oculta o niega su delito. Cuando se plantea que el aborto “esconde” estos delitos, se elude el trauma que conllevan y lo inhumano que resulta obligar a una mujer o niña víctima de violación o incesto, a dar la luz a un hijo producto de un crimen, o penalizarla si decide abortar. ¿Cómo puede pretenderse dar derecho de paternidad al hombre en estos casos?

Desde otros ángulos, también se ha cuestionado la argumentación de los grupos conservadores acerca de la responsabilidad y el supuesto derecho del varón a la paternidad. Ortiz Millán (2009) propone una interesante argumentación en varios niveles. En primer término, recuerda el perfil de las mujeres que han recurrido a la interrupción legal del embarazo en los servicios de salud del D.F., en particular su estado civil. Como señala, predominan las mujeres solteras, la mayoría adolescentes y jóvenes; les siguen las que viven en unión libre, las casadas, y una muy reducida proporción de divorciadas.⁴ Respecto a las solteras, coincide en que muchas optan por el aborto porque el hombre desaparece o no le interesa participar. Éste puede ser también el caso de las mujeres solteras adolescentes y jóvenes, con hijos nacidos vivos,⁵ cuya

⁴ De acuerdo con las informaciones proporcionadas por GIRE (2015), entre finales de abril de 2007 y hasta el mes de abril de 2015, 53.2% corresponde a mujeres solteras, 28.1% viven en unión libre, 14.4% son casadas y 3.4% divorciadas o viudas. Adicionalmente, la mayoría de ellas eran adolescentes y jóvenes (5.6% menores de 18 años y 47.3% entre 18 y 24 años).

⁵ De acuerdo con el Censo General de Población de 2010, el 31.20% corres-

condición sugiere el abandono, la negación y la irresponsabilidad de los varones en el ejercicio de su paternidad. En segundo término, el autor considera la ponderación de derechos que en todo caso podría hacerse entre los derechos del hombre y los de la mujer, y hace tres señalamientos importantes contra la primacía de los primeros. Por un lado, no se puede dar al hombre “derecho de veto sobre el cuerpo de la mujer” (Ortiz Millán, 2009: 101) porque éste la afectaría a ella (obligándola a ser madre) de por vida. Por otro lado, si la mujer decide abortar, el hombre conserva el derecho a la paternidad ya que puede tener hijos con otra mujer. Finalmente, debe tenerse en cuenta que sólo la identidad de la madre potencial es segura desde el inicio de la gestación, mientras que la del padre sólo puede corroborarse una vez que existe un ser nacido. “De prevalecer el derecho masculino” —concluye— “se perpetuaría un modelo patriarcal [...] no igualitario y machista de la sociedad” (102), afirmación con la que coincidimos y hemos sugerido a lo largo de este libro.

Por último, cabe señalar que mientras se ha documentado la antigua, intensa y continua demanda de las mujeres para ejercer su derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida reproductiva, no hay evidencia de que los hombres reclamen un derecho a la paternidad ante esta decisión de las mujeres, más que en casos muy aislados y referidos a los hijos ya nacidos, no al producto de la concepción. A menudo lo que buscan con esto es limitar o negar los derechos de las mujeres, como lo hicieron voces aisladas, en particular la PGR y la CNDH ante la SCJN en 2008, respecto del no nacido. No está de más sugerir un nexo implícito entre el reclamo del derecho a la paternidad sobre el no nacido y el concepto hoy obsoleto de “débito conyugal”, que se deriva de la misma visión (religiosa y patriarcal) de la reproducción como finalidad del matrimonio.

Aunque todavía incipiente, es más común que los derechos del padre se reclamen, en todo caso, sobre hijos ya nacidos, como lo han hecho en algunos países grupos de padres solteros o de hombres que demandan derechos como padres. Entre ellos, cabe men-

ponde a adolescentes de 12-14 años que han tenido al menos un hijo nacido vivo y se declaran solteras; 15.91% las de 15-19 años y 11.89% las de 20-24 años.

cionar la militancia, así sea aún reducida, de quienes postulan la existencia del “síndrome de alienación parental” (SAP),⁶ tan pseudo-científico como el “síndrome post-aborto”, para reclamar la custodia compartida o el permiso de visita a los hijos, incluso en casos de abuso sexual contra los menores. Aunque son grupos minoritarios, tienen cierto poder de cabildeo y han logrado en algunos casos que tal “síndrome”, desacreditado por la APA y la AMA, se use en los juzgados y se incluya en las leyes.⁷

En el mismo sentido, es preciso aludir a las consecuencias asimétricas de la interrupción de un embarazo no planeado. Cuando el aborto es ilegal, las sanciones sociales y penales se aplican únicamente a la mujer y no al hombre responsable del embarazo. No es poco común encontrar casos donde sólo se condena, injustamente, a la mujer que aborta, incluso en casos de violación, como sucedió en Brasil donde un obispo declaró que excomulgaría a una adolescente violada y a su madre que le había ayudado a abortar, pero no excomulgó al violador porque, según él, “acto más grave [que la

⁶ El término “síndrome de alienación parental” fue inventado por el psiquiatra norteamericano Richard Gardner, quien lo difundió por medio de sus propios libros y conferencias, en los que justifica la pedofilia como tendencia natural sancionada socialmente, porque considera que los niños y niñas pueden “seducir” al adulto. Atribuye, generalmente a la madre divorciada, la intención de separar al hijo/a o del padre, de tal modo que, mediante el “lavado de cerebro”, el menor sufriría de “alienación parental” respecto al padre, por lo que éste reclama la custodia o derechos de visita y separa al hijo o hija de la madre. Es común que se use en casos donde la madre ha denunciado abuso sexual contra el/la menor por parte del padre. Este supuesto síndrome se detecta por síntomas que corresponden a los del abuso sexual, por lo cual, si hay abuso, éste pasa por aquél. La APA y la AMA han recomendado que no se considere cuando haya denuncias de abuso sexual contra el padre reclamante. Especialistas, defensores de la infancia y feministas estiman que este síndrome es una siniestra estrategia del abusador para continuar con el abuso y que es una reacción (*backlash*) contra la denuncia de abuso sexual parental que había ganado fuerza en los juzgados. Hablamos de padres abusadores, sobre todo porque son los que suelen recurrir al SAP. Véase Viar (2003).

⁷ En México, se han dado varios intentos por incluir el SAP en la legislación, pese a la recurrente oposición de grupos feministas y defensores de los derechos de la infancia. Se incluyó en el Código civil y en el Código de procedimientos civiles del D.F. en 2004 y se eliminó en 2007. Desafortunadamente la ALDF volvió a insertarlo en la legislación en 2014, y aún está vigente. La CNDH ha avalado este supuesto síndrome.

violación] es el aborto, al eliminar una vida inocente".⁸ Esta expresión desproporcionada ilustra claramente cómo en el imaginario social prevalece una percepción devaluada y hasta degradante de la vida de las mujeres, y cómo se invisibiliza o minimiza la responsabilidad del hombre en el embarazo, lo que puede llevar a exonerarlo del delito de violación, o a no denunciarlo siquiera. Negar el derecho a abortar en esta situación, cuando es una causal válida, o aunque no lo fuera, es negar la voluntad y la autonomía de las niñas y mujeres e imponerles la maternidad abusando del poder médico y legal, abuso justificado en nombre de supuestos valores morales y religiosos. Ante casos como éste, resulta por demás cuestionable que quienes se oponen a la despenalización del aborto consideren que dar a la mujer el derecho de interrumpir el embarazo significa violar el supuesto derecho a la paternidad del hombre y que, en casos de violación, con este argumento o sin él, muchos nieguen o eludan la responsabilidad de éste y busquen obligar a la mujer a asumir una maternidad traumática desde el origen.

¿QUÉ OPCIONES PARA LA MUJER ANTE UN EMBARAZO NO DESEADO?

En este contexto de sobrevaloración e idealización de la maternidad, y de un debate ideológico y jurídico polarizado, es preocupante que persista en México, América Latina y otros países una alta proporción de embarazos no deseados. Esta problemática, compleja personal y socialmente, es de índole global y sus causas y consecuencias, en lo individual, familiar y social, revelan fuertes tensiones entre las normas sociales, las circunstancias materiales, sentimentales y emocionales en el seno de la pareja, y la elección personal, en un contexto donde los patrones culturales impiden o dificultan la posibilidad de tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción (Arslan Özkan y Mete, 2010; Palomino *et al.*, 2011).

⁸ Disponible en <<http://es.globalvoicesonline.org/2009/03/18/brasil-sobre-la-condena-del-vaticano-al-aborto-de-nina-violada-de-9-anos/>>. Consultado el 29 de diciembre de 2014.

Una de las principales opciones que tiene hoy la mujer para evitar un embarazo no deseado es recurrir a métodos anticonceptivos modernos que le permitan regular su fecundidad. Como sabemos, los programas de planificación familiar han hecho posible separar la sexualidad de la reproducción, y han permitido a las mujeres ejercer una mayor autonomía reproductiva, y a hombres y mujeres la libre elección del número de hijos y el momento de tenerlos. Los programas de planificación familiar han contribuido precisamente a expandir el acceso a estos métodos y su uso. Sin embargo, es sumamente preocupante que en un contexto de alta cobertura anticonceptiva persista el problema de los embarazos no deseados⁹ y, por tanto, el de los abortos ilegales, y que todavía se lleven a cabo esterilizaciones definitivas innecesarias (De Souza e Silva y González de Morell, 2001).

Como señalamos antes, esta situación tiene que ver con fallas y deficiencias en el desarrollo de los programas de PF, ya sea por limitaciones en el diseño e instrumentación de estos programas o por fallas de los MA, su falta de uso o su uso incorrecto, además de los rezagos en los estratos más desfavorecidos o excluidos (Conapo, 2011). En efecto, hay programas que no se adecúan a las diferentes necesidades y particularidades de los distintos grupos de población (adolescentes, jóvenes, mujeres no unidas sexualmente activas, indígenas, o que residen en zonas marginales), y para estos grupos sólo tienen una cobertura anticonceptiva limitada o prácticamente nula;¹⁰ prevalecen múltiples barreras de acceso a los métodos anticonceptivos, o no se conocen ni estos programas ni

⁹ En América Latina y el Caribe, en el año 2008 se estimaba, del total de nacimientos, una tasa de embarazos “no previstos” de 58%; de estos embarazos 41% terminaron en un nacimiento o en aborto espontáneo mientras que 28% terminaron en un aborto inducido (Singh *et al.*, 2009). Esta situación se da en un contexto de alta prevalencia anticonceptiva en la región: en 2009, 67% de la mujeres unidas en edad fértil utilizaban métodos modernos (25% la esterilización femenina, 16% la píldora, United Nations, Population Division, 2012). En el caso de México, para 2009 se estima que 55% del total de embarazos fueron no planeados, de los cuales 19% resultaron en nacimientos, 30% terminaron en aborto inducido y 6% en abortos espontáneos (Juárez *et al.*, 2013), a pesar también de una amplia oferta anticonceptiva moderna (para el caso de México en 2006, véase el cuadro 4, al final del capítulo 5, y para 2009, véase Conapo, 2011).

¹⁰ Véanse las notas 8 y 12 en el capítulo 1.

los métodos disponibles, o sólo una reducida gama en la oferta diversa de MA, o no hay suficiente asesoría para poder usarlos correctamente; todos estos factores inciden en un alto número de embarazos no deseados. Por otro lado, las fallas de los métodos anticonceptivos, su grado de confiabilidad; el uso incorrecto o irregular de los métodos hormonales (en particular las pastillas) o los infundados temores acerca de sus efectos; la baja eficacia de los métodos locales (condón) y naturales que requieren de la participación del varón, explican igualmente las dificultades para evitar dichos embarazos (Zamudio Cárdenas, Rubiano Blanco y Wartenberg 1999; Langer 2002; de Souza e Silva y González de Morell, 2001).

A estos factores, que pueden encontrarse en cualquier sociedad diversa y desigual, se suman en el caso de México las acciones, documentadas, con que los grupos conservadores obstaculizan la difusión y el acceso a métodos anticonceptivos modernos y locales que permiten evitar los embarazos no deseados y el recurso al aborto. Cabe recordar, por ejemplo, la oposición de estos grupos al uso de la anticoncepción de emergencia, que es particularmente útil cuando se ha dado una relación no prevista o no protegida o cuando el uso del condón ha fallado, o su oposición a la inclusión de la educación sexual científica, a la que sin fundamento atribuyen la promoción de la sexualidad temprana.

Ante estas evidencias de una realidad que no se puede negar, llama la atención, aunque no sorprende, que la mayoría de los grupos que se oponen a la despenalización del aborto, tanto en los argumentos presentados en las audiencias como en las numerosas declaraciones en medios de comunicación que hacen hasta la fecha, omitan, con algunas excepciones, referirse a las condiciones en que se originaron los embarazos no deseados, o los embarazos interrumpidos o abortos provocados, o a las razones que llevaron a interrumpirlos. No se ocupan de esto ni de sus implicaciones, como ya hemos dicho, porque tampoco consideran el deseo, la voluntad, la libre elección de opciones por parte de las mujeres que deciden abortar, y sólo las condenan por ello.

En cambio, para los grupos que favorecen la despenalización, tanto las circunstancias en que se origina el embarazo como la voluntad y los derechos de la mujer, son factores determinantes en su visión de la maternidad y del derecho a acceder a un aborto

legal. En sus argumentos, además de una clara distinción entre los distintos tipos de embarazo y de aborto, se plantea un concepto del deseo de la maternidad que reconoce su diversidad, partiendo del principio de que se trata de una opción, por lo que reivindican también la libertad y la autonomía de las mujeres para abortar o para no hacerlo. Por ejemplo:

Hoy en día, en México, un sinnúmero de mujeres tienen deseos antagónicos: impedir el nacimiento de determinada criatura o lograr el nacimiento de otra. Entre estos dos campos, que se podrían formular también como los del deseo de no ser madre en un momento dado o la obsesión por la maternidad, hay una franja de personas ansiosas por adoptar criaturas recién nacidas, mientras que en los orfanatos, niñas y niños ya crecidos aguardan en vano. Así como las mujeres con problemas de esterilidad están dispuestas a probar cualquier cosa antes que adoptar, las que han quedado embarazadas sin desearlo harán cualquier cosa por interrumpir esa gestación, en lugar de resignarse a parir y dar en adopción la criatura. “Un hijo a cualquier precio” y “un aborto a cualquier precio” dicen lo mismo: que la maternidad es una experiencia en la que el deseo femenino es sustancial [ML, 35-36].

Para defender la autonomía de las mujeres hay que dejar de considerar a la maternidad como destino y comenzar a verla como un trabajo de amor que, para ejercerse a plenitud, implica algo previo: el deseo [ML, 37].

En estos dos fragmentos de una misma intervención, cabe destacar dos aspectos complementarios del concepto de maternidad, que se contraponen a la visión conservadora: no sólo se rechaza la maternidad como destino sino que se configura como una experiencia, no un simple hecho biológico, y como una experiencia donde la voluntad y el deseo son cruciales. Hablar de una vivencia que se puede desear o no es reconocer la pluralidad de posiciones de las mujeres ante la maternidad, más evidente cuando se levanta el mandato social que durante siglos la impuso como incuestionable, pero siempre existente. Verla además como un “trabajo de amor” que, por tanto, ha de desearse para ejercerse

como tal, implica también reconocer que por mandato social no se puede imponer el ejercicio de una maternidad idealizada o por lo menos constructiva. Si bien aquí no se exponen los claroscuros de ese ejercicio en la vida real (que es preciso reconocer también como vivencia humana atravesada por relaciones de poder y conflictos), es evidente que aquí la maternidad se sitúa como una experiencia de la vida real, moldeada por la subjetividad y las condiciones personales, económicas y sociales de cada quien, y en que ha de respetarse la autonomía de las mujeres. Plantear, como lo hace la ponente, que se puede optar por “un hijo a toda costa” o un aborto “a toda costa” remite a la percepción variable que una misma mujer puede tener acerca del hecho de ser madre en distintos momentos de su vida: el embarazo puede desearse en un momento y rechazarse en otro, en función de múltiples factores. Optar por dar a luz o abortar es una decisión subjetiva significativa que, como se expresa en otra de las intervenciones, involucra profundos sentimientos:

Como alguna vez me dijo una alumna de mi clase de ética: ‘Una mujer que espera a un hijo ‘deseado’ es capaz de dar la vida porque nazca, pero una mujer que espera un hijo ‘no deseado’ es capaz de perder la vida para que no nazca’ [GOM, 86].¹¹

Sin exageración, puede decirse que, ante esa inconcebible disyuntiva, la mujer se juega la vida o cuando menos el sentido de la vida, y su proyecto de vida: por ello, los obstáculos sociales, incluyendo la criminalización, aumentan los riesgos pero no impiden, como sabemos, la decisión de interrumpir el embarazo no deseado.

Para ahondar en el sentido de esta discusión y entender mejor lo que se pone en juego y lo que se pretende dejar fuera del debate, cabe detenernos en el sentido de los términos que se usan en la literatura especializada y en las discusiones públicas. En primer lugar, los términos “embarazos no previstos”, “no planeados”, “no intencionales” e “inoportunos”, que se usan indistintamente en la

¹¹ Texto publicado en el libro de Enríquez y de Anda, no presentado en las audiencias.

literatura en español o en otros idiomas como sinónimos de embarazos no deseados, no significan que la mujer no desea o no quiere ser madre nunca; expresan, por el contrario, el reconocimiento de que el embarazo puede haberse dado de manera involuntaria, accidental o forzada, y la noción de que la perspectiva de ser madre no tiene por qué aceptarse automática o fatalmente, y puede verse igualmente, por tanto, como no elegida, contraria a la voluntad y al deseo propio, o impuesta.

En segundo lugar, cabe recordar qué se entiende por embarazos no deseados. Como ya señalamos, éstos se han definido como hechos que ocurren en un momento poco favorable o inoportuno (Arslan Özkan y Mete, 2010; Langer, 2002; Klerman, 2000). Hemos explicado asimismo que en la trayectoria reproductiva de las mujeres hay edades o momentos específicos en el ciclo de vida más o menos apropiados para embarazarse, y que en cualquiera de ellos pueden darse circunstancias o eventos que vuelven inoportuno un embarazo, por lo cual se le considera como no deseado. Pensemos por ejemplo en la ruptura de la relación de pareja, las adversas condiciones económicas para la crianza de uno o más hijos, las fallas en los métodos anticonceptivos; en las razones de salud, o en la violencia de la pareja con la que entonces no se quiere tener hijos o que, a su vez, no quiere tenerlos. Tengamos en cuenta también el rechazo del varón a asumir la paternidad por lo que la mujer no quiere tener el hijo sola; el hecho de tener ya el número de hijos que se quería o se podía tener; las patologías fetales incompatibles con las condiciones de vida de la mujer o su capacidad para hacerse cargo de un hijo con problemas de desarrollo, o la posibilidad de que en ese momento la responsabilidad de la maternidad interrumpa, dificulte o impida la realización de un proyecto de vida. En los embarazos no deseados también se consideran los que resultan de situaciones coyunturales, como los que son producto de una relación forzada o de una violación, hecho frecuente entre adolescentes y jóvenes, o los que se dan fuera de una relación conyugal, antes de la unión, hecho altamente estigmatizado por el que se condena a las mujeres como transgresoras de valores religiosos y morales todavía muy arraigados en las sociedades latinoamericanas (Rivas Zivy y Amuchástegui, 1996).

La prevalencia de la violencia sexual y del sexo impuesto, ya sea en el ámbito doméstico, escolar, carcelario u otro, así como la fuerte presión social para el inicio de la vida sexual, como sucede en algunos grupos de adolescentes y jóvenes, se consideran también una causa importante de este tipo de embarazos, que finalmente son impuestos. Por ello en México, como ya señalamos, la violencia sexual es la única causal, todavía más en el aspecto retórico que en los hechos, por la que se permite el aborto en todas las entidades federativas, incluso en marcos legales restrictivos. Por esto mismo, es una de las principales banderas de la mayoría de los movimientos feministas y de mujeres de los países de la región latinoamericana que luchan por modificar sus legislaciones en materia de aborto o por que se aplique y se respete la ley cuando se autorice llevarlo a cabo.¹²

Diversas fuentes y estudios sobre el caso mexicano demuestran la gravedad de la violencia sexual y su impunidad en el país. Por ejemplo, según los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los Hogares (Endireh, 2011), la proporción de mujeres víctimas de violencia sexual en las mujeres unidas era en ese año de 11.7% a lo largo de su relación y de 8.4% durante los últimos 12 meses; en el caso de las mujeres alguna vez unidas, 29.5% sufrieron de violencia sexual durante su relación; entre las mujeres solteras, 7.8% fueron víctimas de violencia sexual por parte de su novio o ex novio a lo largo de su relación¹³ (INEGI, 2013). La gravedad del problema, el subregistro y la dimensión de la impunidad de este delito se confirman en el estudio *Violencia feminicida en México* (Echarri-Cánovas, 2012: 78), que reporta un aumento de violaciones desde 2007, con una cifra anual de denuncias

¹² Recordemos, por ejemplo, que en Chile desde 2014 organizaciones como Miles demandan la inclusión del aborto terapéutico y por violación en su legislación; en El Salvador, a partir del caso “Beatriz”, en que se sabía que el producto era anencefálico y la mujer embarazada padecía lupus, grupos feministas y de derechos humanos han demandado la despenalización del aborto terapéutico; en México GIRE y el Centro Las Libres, por ejemplo, han documentado la negación de acceso al aborto legal por violación en distintos casos (Miles, 2015; Deutsche Welle, 2013; GIRE, 2013; Centro Las Libres, 2011).

¹³ La Endireh (2011, cap. 2, p. 77) también refiere que “de 15.5% de las mujeres de 15 y más años que [habían] sido víctimas de alguna agresión pública en los últimos 12 meses [...], 18.2% fueron víctimas de abuso sexual”.

de 15 000, lo que representaría, según Inmujeres, alrededor de 120 000 violaciones registradas al año (Valadez, 2013), sin contar las que aún puede ocultar la alta cifra negra en torno a este acto acallado por el estigma social que todavía conlleva.

Ante estas evidencias, es sumamente grave que, como hemos señalado, exista personal judicial y médico que rehúse un aborto legal a mujeres o niñas violadas, y que en más de un caso se busque justificar esta imposición de la maternidad en nombre de un bien superior. Es inevitable preguntarse por qué la violación es uno de los delitos que más quedan impunes y no sólo por la falta de denuncia de quienes son estigmatizadas por haber sufrido esa violencia. ¿Es acaso porque se sigue culpando a la mujer como “seductora” o fuente de “tentación”? ¿Por qué hay quien considera que el aborto es una transgresión de una “normalidad” a la que las mujeres deben apegarse en toda circunstancia? Sabemos que en el sistema de poder patriarcal la violencia masculina, y la violencia sexual en particular, se toleran y hasta se justifican, y, de hecho, son constitutivas de relaciones de género desiguales. Sin embargo, en un siglo en que se considera la violencia de género como un problema de salud pública, y en un país donde existen leyes contra esa violencia y donde se han invertido abultados recursos para prevenirla y sancionarla, resulta por demás paradójico que, desde la autoridad misma, se favorezca su persistencia. ¿Es porque prevalece a final de cuentas una visión decimonónica del papel de las mujeres? ¿Es que resulta funcional para el sistema de dominación?

Estas y otras preguntas quedan sin respuesta cuando toda alusión a la despenalización del aborto se topa con un rotundo rechazo, que remite a final de cuentas a una visión jerárquica de las relaciones sociales y de género, y a una reafirmación de la familia tradicional cuya santificación se deriva de un “don de vida” de origen divino, que no queda sino aceptar. A la pregunta sobre cuáles son entonces las opciones para las mujeres que no pueden o no quieren tener un (nuevo) hijo, las respuestas se reducen, como hemos visto mediante argumentos conservadores, a dos supuestas soluciones: la aceptación de la maternidad como destino, don o parte de la “esencia” o la “naturaleza” femenina, o dar en adopción, ambas orientadas a preservar “el derecho a la vida” del cigoto-embrión-feto antes que o a costa de los derechos (o incluso la vida) de la mujer.

Ya hemos expuesto ampliamente evidencias y razones por las cuales la penalización de la interrupción del embarazo no es una solución al problema del aborto inseguro, sino que, por el contrario, agrava sus consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad materna y agudiza la injusticia y la desigualdad cuando conduce a encarcelar mujeres o a imponerles tratamientos psiquiátricos. Consideremos, para finalizar, lo que significa dar en adopción y preguntémosnos si es una opción para las mujeres y si es viable.

¿Qué significa dar en adopción al ser nacido de un embarazo no deseado? Significa, en primer lugar, llevar a término un embarazo que no se ha buscado y que no se desea. Como expone claramente Ortiz Millán (2009: 64), quienes proponen ésta como “una forma de remediar las consecuencias negativas del aborto” y así siguen justificando, añadimos, la penalización de éste, no tienen en cuenta ni la situación de la mujer ni la realidad del proceso de adopción en el mundo y en el país. Coincidimos con el autor en que con esta propuesta no sólo se pasa por alto la experiencia del embarazo mismo sino también lo difícil que es decidir dar en adopción: la madre puede preocuparse por la suerte inmediata de su hijo o hija y por su destino a largo plazo, y se expone a ser criticada como “mala madre” por haberlo “abandonado” a su suerte. Además del callejón sin salida en que se sitúa a la mujer al condenarla por abortar o por dar en adopción, debe tenerse en cuenta que, antes siquiera de “ceder” o “deshacerse” del hijo o hija, la mujer tiene que saber cómo hacerlo y adónde acudir.

La posibilidad real de dar en adopción no es tan sencilla como dan a entender quienes la plantean como alternativa al aborto. Ortiz Millán (2009) cita evidencias de Estados Unidos y de México que muestran que en ninguno de ellos es fácil, ni dar en adopción, ni menos ser adoptado. Información reciente confirma las barreras que al respecto existen en nuestro país: en 2014 había por lo menos treinta mil niños, niñas y adolescentes en hogares o casas-cuna que teóricamente podrían ser adoptados. Sin embargo, por tener ya entre 7 y 18 años la mayoría tenían pocas posibilidades de acceder a una familia, ya que las personas que buscan adoptar generalmente prefieren recién nacidos o infantes (Del Regil, 2014). Y los trámites para la adopción complican la situación de los menores pues la legislación de lo familiar, y por tanto de la adopción, varía de un

estado a otro, de modo que quien quiera adoptar debe investigar primero dónde lo puede hacer y someterse a un proceso burocrático y legal que puede durar años.

¿Dónde queda entonces “el bien superior del menor”? ¿A quién beneficia prohibir el aborto o restringirlo y castigarlo en nombre del “derecho a la vida” que se atribuye al cigoto-embrión? ¿Al ser que nace y puede pasar años en una institución con las consecuencias psíquicas que eso conlleva? Es cierto que existen agencias de adopción que dan recién nacidos a parejas que buscan adoptar (no pocas ligadas a grupos antiderechos precisamente), pero esto no deja de ser excepcional; también se dan adopciones directas, con o sin dinero de por medio, entre conocidos o entre parientes, pero, de nuevo, no es una solución generalizable ni elimina la incertidumbre de quien da en adopción ni la estigmatización que puede significarle. Como también apunta Ortiz Millán (2009), mientras que el aborto es un acto privado, cuya confidencialidad puede guardarse, el dar en adopción (y antes el embarazo) es un acto público. Desde esta doble perspectiva, por tanto, es cuestionable que, en aras de la vida del cigoto-embrión, se exponga tanto a la mujer como al futuro hijo o hija al riesgo de vivir experiencias traumáticas.

La adopción, como el aborto, debe respetarse como decisión personal, tomada desde la autonomía y la libertad de conciencia de la mujer. Puede ser una opción para algunas que, generosamente, quieran darle a su hija o hijo una vida mejor o se reconozcan incapaces de criar y educar a una criatura (más). No es, sin embargo, una opción real ni una solución realista: de impedirse el aborto en cualquier caso, ¿a cuántos cientos de miles de niños o niñas habría que atender? Si el Estado y la sociedad no han podido responder a los niños, niñas y adolescentes hoy confinados en casas del DIF u otras instituciones,¹⁴ ¿cómo respondería a un aumento

¹⁴ Cabe recordar que las instituciones públicas y privadas que se ocupan de la niñez son deficientes y han sido objeto de investigaciones judiciales. Casitas del Sur, de donde desaparecieron varios niños y niñas en 2008 en el D.F., y el albergue de “Mamá Rosa” en Zamora, Michoacán, donde salieron a la luz todo tipo de formas de explotación y maltrato contra menores en 2014, son sólo dos ejemplos que sugieren que la preocupación por la “vida digna” que tanto usan los conservadores y el clero para defender la vida del cigoto-

exponencial de nuevos candidatos a la adopción? Dadas las condiciones socioeconómicas actuales, ¿no sería más urgente asegurarle una vida digna a quienes viven en esas instituciones, al millón y medio de huérfanos que se estiman en el país (Del Regil, 2014) o a los miles de infantes y adolescentes desplazados por la violencia de los últimos años?

En un Estado laico y en una democracia que se precia de promover la igualdad, no puede considerarse válido, justificable o legal pretender que las mujeres legitimen su existencia social mediante la procreación, obligándolas a aceptar un embarazo no deseado y no planeado. Desde nuestra perspectiva, y a la luz de las evidencias que hemos expuesto, a diferencia de la criminalización o de la adopción, la despenalización del aborto hasta las 12 semanas sí es una opción a la que todas las mexicanas deberían tener acceso para que sean ellas, no las Iglesias ni grupos de interés ni agentes del Estado, quienes decidan qué es lo mejor para ellas, para su vida y para su familia.

Mediante las diversas representaciones de la maternidad que hemos expuesto se perciben las lógicas contrarias que subyacen a los argumentos que fundamentan las posiciones antagónicas de los actores que están en contra y a favor de la despenalización del aborto. En los primeros se observa la persistencia del concepto de la maternidad como destino que también da prioridad a la “defensa de la vida” del no nacido por encima de los deseos o la voluntad de la mujer. En los segundos predomina un concepto de la maternidad como una experiencia de vida que puede o no elegirse y que conlleva la opción de no llevar a término un embarazo imprevisto o no deseado. Mientras que el primer concepto se inscribe en una visión patriarcal de la sociedad, que justifica y reproduce las desigualdades de género y equipara el ser mujer con el ser madre, el segundo corresponde a una visión, si no siempre feminista, sí anti-patriarcal, que afirma la igualdad de las mujeres, su autonomía y libertad y su condición de sujeto de derechos. En lo que se refiere al cigoto-embrión, la atribución de personalidad jurídica, arraigada en creencias religiosas, y la primacía que así se le otorga en la

embrión desaparece una vez que éste se ha transformado, ya nacido, en persona con necesidades afectivas y materiales concretas.

argumentación conservadora, se contraponen a la explicación bioética que las voces feministas y otras retoman, a la reivindicación del derecho de la mujer a decidir acerca de su maternidad, y a la ponderación de derechos. Así, mientras para unos el cuerpo de la mujer es un receptáculo que debe acoger el “don” de la vida cualquiera que sea el origen (humano) del embarazo y cualquiera que sea el estado del embrión o feto (inviabile o no); para otras la mujer es un ser pensante y sintiente, cuya voluntad y deseo no pueden anularse a raíz de un mero hecho biológico. Los primeros buscan igualmente reducir a la mujer a una condición subordinada, mediante la afirmación también de un supuesto “derecho del padre”, que ni desde el derecho ni desde la experiencia de las mujeres se justifica.

Lo que está en juego a final de cuentas es, por un lado, el control del cuerpo y la mente de las mujeres mediante la entronización del “no nacido” y la imposición de un mandato de maternidad, y por el otro, la afirmación de la libertad y los derechos humanos de las mujeres, y la reivindicación de la maternidad como una opción libremente elegida. De ahí que los derechos sexuales y reproductivos se hayan convertido en un campo de intensa disputa política.

CONSIDERACIONES FINALES

En el debate acerca del aborto es fundamental tener en cuenta las características específicas del contexto sociopolítico e ideológico de cada país para entender cómo se ha llegado a configurar un marco jurídico determinado, y sus implicaciones. También es necesario reconocer las consecuencias de las decisiones de políticas públicas que se toman o se dejan de lado, y los efectos de los marcos jurídicos restrictivos en la vida de niñas, adolescentes y mujeres.

En México, hoy en día, pese a los avances logrados en el campo de la salud sexual y reproductiva de la población, se observan importantes rezagos que inciden en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, jóvenes y adolescentes. Entre éstos, cabe destacar la insuficiente prevalencia anticonceptiva, sobre todo entre las y los adolescentes sexualmente activos, la elevada fecundidad temprana y la todavía alta mortalidad materna, que obedecen todas, en gran medida, a la deficiente atención en los servicios de salud, incluyendo la atención obstétrica en diferentes momentos del embarazo y en el parto, así como a los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a un aborto seguro o para ser atendidas por complicaciones de un aborto inseguro. A éstos se añade la inapropiada e insuficiente educación sexual en las escuelas, deficiencia que contribuye a la ignorancia en materia de sexualidad y anticoncepción y que aumenta los riesgos de embarazo y aborto en adolescentes y jóvenes. Esta situación, asociada a las desigualdades sociales y de género, caracteriza con mayor intensidad, como sabemos, las condiciones de vida de las mujeres de estratos más desfavorecidos, que constituyen la mayoría de la población.

Ante esta realidad, diversos actores sociales, y los movimientos feministas en particular, han señalado la necesidad de impulsar

políticas públicas integrales que incluyan servicios públicos de salud de calidad, una educación sexual científica y laica, una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y efectivos, y la liberalización del aborto para reducir esos rezagos.

No obstante, a raíz de la despenalización del aborto en el D.F. en 2007, se ha dado en el país una reacción conservadora que, desde 2008, ha reforzado el marco jurídico restrictivo respecto del aborto, sobre todo en 16 entidades federativas, mediante reformas constitucionales y penales que han agudizado los problemas y que, además, implican una severa discriminación entre las mexicanas. En efecto, el abigarrado marco legal vigente no convalida las mismas causales de aborto legal en todos los estados, ni siquiera cuando está en peligro la vida o la salud de las mujeres.

Lo que ha sucedido, y sucede, es que lejos de tener en cuenta a las mujeres de carne y hueso que enfrentan los embarazos no deseados y la decisión de abortar, lejos de reconocer las desigualdades socioeconómicas y los efectos de la marginación en la vida y la salud de las mujeres, la mayoría de los actores sociales involucrados, directa o indirectamente, en las decisiones acerca del marco jurídico y de las políticas públicas acerca del aborto, se han enfrascado en un enfrentamiento en el que privan intereses políticos y particulares coyunturales, y quedan al margen, o prácticamente se borran, la mujer y su experiencia de vida.

Así, con excepción de los movimientos feministas, de defensores de los derechos humanos de las mujeres y de especialistas en temas jurídicos y de salud, que apelan al marco del Estado laico, a la legislación internacional o a la ciencia, actores sociales como la Iglesia católica, otras Iglesias, y grupos conservadores, han mantenido y mantienen una férrea oposición al aborto, basada en una rígida interpretación de la doctrina cristiana que niega a la mujer la libertad de conciencia y el derecho a decidir sobre su cuerpo o su maternidad.

Por su parte, pese al carácter laico de la república mexicana y a los discursos de igualdad que, con menor o mayor énfasis, todos los partidos políticos postulan, muchos de sus integrantes han cedido ante presiones e intereses conservadores, confesionales, o ven en los derechos de las mujeres una moneda de cambio, y, con sus acciones, han contribuido a instaurar o preservar un marco

jurídico restrictivo. En este ámbito, mientras que la postura del PAN resulta coherente con su historia y sus principios, llama la atención que el PRI, en su discurso y en sus acciones, se haya distanciado de su histórica defensa del Estado laico, y en vez de promover con hechos la igualdad de género, sea partícipe de reformas legales y de políticas públicas que no reconocen ni enfrentan los problemas de salud pública y de derechos humanos que conciernen particularmente a las mujeres, por aliarse a fuerzas conservadoras. Habría que preguntarles a todos los partidos para quiénes legislan si sólo poco más de 10% de la población católica apoya la posición recalcitrante de la jerarquía eclesiástica.

Por otro lado, es preocupante que, en su práctica, muchos de los agentes de la justicia y del sector salud tampoco se apeguen a los lineamientos de las leyes que sí permiten el aborto en determinados casos, ni a los códigos de ética que deberían guiar su conducta ante las mujeres que solicitan un aborto legal o atención médica a consecuencia de abortos inseguros y les nieguen u obstaculicen el ejercicio de su derecho a la salud, entre otros.

Las posturas encontradas que caracterizan el debate y las acciones en torno al aborto no sólo han derivado en medidas que afectan la salud y el bienestar de las mujeres, sino que, de manera más amplia, han entrampado a los distintos actores en un enfrentamiento ideológico-político en el cual los nudos del problema quedan en una zona ciega. En efecto, en vez de reconocer, enfrentar y buscar soluciones a lo que constituye un grave problema de salud y de salud pública, con base en las evidencias científicas, las experiencias de otros países, el marco jurídico internacional relativo a los derechos humanos de las mujeres, y los principios básicos de la Constitución mexicana, tanto las fuerzas conservadoras como la clase política, en su mayoría, pasan por alto, distorsionan o niegan todos o casi todos estos elementos de juicio.

Como hemos señalado en este libro, existen abundantes evidencias científicas que demuestran las ventajas de la despenalización del aborto y las desventajas y problemas que acarrearán los marcos jurídicos restrictivos en este asunto. No se trata, cabe subrayarlo, de un tema nuevo: las experiencias de países de distintas regiones del mundo, por el contrario, aportan datos que en México deberían tenerse en cuenta.

Aunque lo hemos apuntado, cabe recordar que si se analizan las evidencias derivadas de la experiencia en países con marcos jurídicos restrictivos, se observa que:

1. La penalización del aborto no reduce su incidencia ni impide que las mujeres decidan interrumpir un embarazo no planeado, no deseado, imprevisto o inoportuno. Las leyes que prohíben el aborto o que teóricamente lo permiten sólo en ciertas situaciones, sólo propician que las mujeres lleven a cabo el aborto en condiciones de alto riesgo, en la clandestinidad, lo que provoca mayores niveles de mortalidad y morbilidad maternas. Además, tipificar el aborto como delito e imponer elevadas y desproporcionadas sanciones para castigarlo tampoco detiene a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado, y en vez de mejorar su situación social y personal, la agravan.
2. Las leyes restrictivas generan una práctica discriminatoria, agudizan la desigualdad de género y refuerzan la injusticia social. Son, sin duda, las mujeres de las clases más desprotegidas quienes, ante la imposibilidad de acceder a un procedimiento seguro, se ven obligadas a recurrir a un aborto clandestino, en condiciones inseguras y de alto riesgo para su salud, para su vida, y para su propio bienestar y el de sus familias. En cambio, las mujeres con medios o redes de apoyo suficientes pueden cubrir el alto costo de un aborto seguro en su país, o incluso en el extranjero, y evitar así riesgos a su salud. Cabe subrayar, además, que la penalización del aborto recae sólo en las mujeres, aun cuando los hombres también sean partícipes de la relación sexual y sean responsables de embarazos impuestos cuando éstos se deben a violación o incesto. El agravio que esto último significa es tanto más evidente cuanto que estos delitos son de los menos denunciados y penados en países como México.
3. La prohibición total o parcial del aborto propicia el surgimiento de un mercado clandestino de servicios de aborto de alto riesgo, que contribuye al empobrecimiento de las mujeres y sus familias, dados sus altos costos directos e indirectos. Afecta también a los sistemas de salud, ya que

- éstos deben enfrentar los elevados costos de atender las complicaciones que resultan de los abortos inseguros.
4. Al ir acompañada de esta práctica clandestina, la legislación restrictiva perpetúa o agudiza, o ambas cosas, un problema de salud pública, puesto que el aborto inseguro pone en peligro la vida y la salud física y mental de miles de mujeres. Las altas o moderadas tasas de morbi-mortalidad materna que se observan en países como el nuestro se derivan fundamentalmente de las condiciones de riesgo a las que se orilla a las mujeres que han decidido interrumpir su embarazo, muertes y daños —subrayamos— que son indiscutiblemente evitables.
 5. La legislación restrictiva, en sí, viola los derechos humanos de las mujeres: atenta en primer término contra su derecho a la salud, y también contra su derecho a la libertad de decisión, a la seguridad, a la autonomía reproductiva, a una trayectoria de vida digna y, potencialmente a su derecho mismo a la vida.
 6. Imponer un marco restrictivo significa, además, el incumplimiento de los tratados y compromisos internacionales suscritos por el Estado mexicano en materia de derechos humanos, y en particular de derechos sexuales y reproductivos. Despojar a las mujeres de la opción de interrumpir un embarazo en condiciones de legalidad y seguridad, en efecto, las condena ya sea a llevar a término un embarazo no deseado, o bien a correr el riesgo de ser penalizadas, criminalizadas y hasta encarceladas si optan por abortar, pese a todo.

En contraparte, las evidencias derivadas de las experiencias de países con marcos jurídicos que permiten el aborto legal y seguro a demanda de la mujer, así sea sólo en etapas tempranas del embarazo, demuestran que los marcos liberales garantizan la opción de asumir ese embarazo y de llevarlo a término por voluntad propia, o de interrumpirlo de manera temprana y voluntaria mediante el acceso a servicios de salud seguros. La primera opción permite a la mujer ejercer su derecho a una maternidad elegida, y no impuesta, y decidir libremente si opta por responsabilizarse por

ese hijo o hija o darlo o darla en adopción en caso de que no pueda hacerlo. La segunda opción responde a las demandas y necesidades reales de las mujeres, incluyendo a las niñas y adolescentes y a quienes han sido víctimas de violencia sexual, y les ofrece asimismo la libertad de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad, su maternidad y su proyecto de vida. Cabe añadir que ambas opciones deben ir acompañadas de acciones de información, consejería, acceso a servicios de salud seguros y de calidad, y del fomento de una cultura preventiva.

A la luz de estas evidencias, debería resultar obvio que las reformas legales acerca del aborto no deberían fundamentarse en dogmas religiosos ni en posiciones absolutistas que, como hemos señalado, ignoran las condiciones sociales y materiales, las desigualdades de género, etnia y clase, y carecen de sensibilidad social. Tampoco deberían responder a principios jurídicos obsoletos, rígidos o de base confesional, sino responder a la realidad concreta en que vive la población, en particular las mujeres, jóvenes y niñas, y tener en cuenta las desigualdades que afectan a la mayoría. Recordemos que la realidad no se modifica por ley ni por decreto. Recordemos también que, a la luz de la reforma al artículo 1º constitucional de 2011, la propia legislación mexicana reconoce la primacía del marco de los derechos humanos, que precisamente responden a la necesidad de proteger y garantizar los derechos de todas las personas.

Desafortunadamente, no obstante estas evidencias, el debate en torno a la despenalización o penalización del aborto ha estado, y sigue estando, permeado por postulados ideológicos, prejuicios y afirmaciones contrarios a la ciencia y a la realidad social de millones de mujeres. Como se ha visto a lo largo de este libro, si bien quienes apoyaron y defendieron la despenalización del aborto ante la SCJN en 2008 reconocieron muchas de estas evidencias y en ellas sustentaron sus argumentos, quienes se oponían a la despenalización las ignoraron o negaron, o incluso las manipularon o distorsionaron, en el afán de fundamentar su postura no sólo en dogmas y principios religiosos o jusnaturalistas, sino también en evidencias científicas.

Si bien nos hemos detenido ampliamente en los discursos de ambas partes, conviene destacar el tipo de lógica de cada una y sus

implicaciones, ya que en el foro público el debate acerca del aborto no se ha cerrado y se siguen esgrimiendo el mismo tipo de argumentos con consecuencias que es preciso destacar.

A grandes rasgos, observamos que quienes apoyaban la despenalización, a los que hemos llamado liberales (con sus variantes), parten del reconocimiento del marco de los derechos y de los derechos humanos, tienen en cuenta las evidencias científicas nacionales e internacionales y de ellas derivan una serie de recomendaciones que van desde la propia despenalización hasta la necesidad de impulsar políticas públicas de salud integrales que permitan prevenir los embarazos no deseados y así reducir la incidencia del aborto. En el discurso liberal, la mujer es un ser humano con derechos, en particular con derecho a la autonomía y a la libre determinación sobre su cuerpo, su sexualidad y su maternidad. El aborto no se configura como problema religioso sino como problema ético y de salud pública, de justicia social y de derechos humanos. Desde esta perspectiva, además, la salud se concibe, en términos amplios, como un bien social, un asunto de salud pública y social, y como un derecho que el Estado tiene la obligación de garantizar. Siguiendo una cadena lógica, plantean que, ante las desigualdades sociales, el Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de salud públicos, de calidad y accesibles para todas las personas, dado que es garante de los derechos y de los derechos humanos de la población.

En el caso del aborto, lo que se plantea es que es un problema de salud y debe tratarse como tal. En vez de recurrir a medidas prohibicionistas, que no resuelven sino más bien agravan el problema, señalan, deben tomarse medidas para prevenirlo, para reducir los riesgos que acarrea cuando se practica en condiciones inseguras, y para evitar precisamente esas condiciones de riesgo mediante el acceso a servicios de aborto seguros y de calidad. Estas voces también denuncian que, incluso ante las limitadas causales por las cuales se permite en México el recurso legal al aborto, no se cumple con la ley, con lo cual se transgreden los derechos de las mujeres.

Mientras que, gráficamente, los argumentos liberales podrían representarse como un conjunto de ramas que corresponden a los distintos ámbitos a los que remiten sus discursos, los argumentos

de los conservadores ante la SCJN sólo se ramifican en apariencia hacia distintos marcos lógicos, pues, en última instancia, parten de donde parten, remiten siempre a un solo postulado central: “el derecho a la vida”, que atribuyen al cigoto-embrión.

Ya sea que remitan al marco jurídico, que apelen a la moral, que se sitúen en el ámbito de la salud o que aludan a las políticas públicas, los voceros que hemos denominado conservadores (con ligeros matices) ponen siempre en el centro la primacía de lo que llaman “vida”, que siempre se refiere a la “vida” del cigoto-embrión, a la que consideran “humana” desde su inicio pese a las evidencias de la bioética y de las neurociencias. Así contraponen y sitúan el “derecho a la vida” del cigoto-embrión por encima de la mujer, a la que niegan su propio derecho a la vida y a la salud. ¿Qué clase de defensa de la vida es ésta? Esa “cultura de la muerte” que ellos atribuyen a los liberales, ¿no correspondería más bien a esta posición? En este discurso, la mujer se configura casi sólo y exclusivamente como receptáculo de la vida en formación, y si acaso se le valora, es sólo como madre aceptante de una maternidad que se postula como “natural”.

Siguiendo una lógica circular, las voces conservadoras plantean entonces, en lo jurídico, que el aborto es un delito porque desde la concepción (o fecundación) el cigoto-embrión es persona; en el marco religioso-filosófico, que la vida es un don de un ser divino o un proceso “natural” en el cual la mujer no tiene derecho a intervenir, por lo cual el aborto es “antinatural” o “antifemenino”. En el ámbito de la salud, postulan la necesidad de preservar y proteger la “vida” del cigoto-embrión por encima de la salud, el bienestar o la vida de la mujer; en términos políticos, equiparan el aborto con el genocidio o la barbarie porque, conforme con su postulado básico, constituiría un homicidio legalizado y, además, masivo.

Dada la unicidad de este punto de partida, podría suponerse que las fuerzas conservadoras desconocen los avances científicos. Lo que hemos observado, en cambio, es que también apelan a la autoridad de la ciencia, pero, dado que ésta contradice sus supuestos, manipulan las evidencias, las distorsionan y malinterpretan, y llegan incluso a plantear conclusiones falsas que los propios investigadores rechazarían. Esta estrategia engañosa es particularmente evidente en lo que se refiere a la salud mental, ya que, como

hemos visto, los conservadores atribuyen al aborto (cualquiera que éste sea) una relación causal directa con trastornos o enfermedades mentales, relación que las evidencias no avalan en modo alguno. Como hemos visto, para analizar la relación entre aborto y salud mental es preciso tener en cuenta la experiencia previa de las mujeres, su trayectoria de vida, su exposición a la violencia, sus propios antecedentes de salud mental y las condiciones y opciones con que cuentan cuando se enteran que están embarazadas y cuando deciden terminar su embarazo. Éste es sólo un ejemplo contundente de la manera en que, en aras de sostener el supuesto carácter “antisocial”, “amoral” o “desviante” de la interrupción del embarazo, las fuerzas conservadoras manipulan incluso evidencias científicas que son accesibles al público.

¿Qué hay detrás de estas posturas y qué implicaciones tienen?

Desde nuestra perspectiva, lo que está en juego en esta disputa en torno al aborto es, en última instancia, el control sobre el cuerpo, la sexualidad, la mente y la autonomía de las mujeres. Sin ápice de exageración, puede afirmarse que lo que buscan las fuerzas conservadoras, al justificar la imposición de la maternidad con el entronizamiento del cigoto-embrión como “persona” y “sujeto de derechos”, es arrancar a las mujeres su condición de seres humanos autónomos, con derechos propios, y con el derecho inalienable a ejercer su libertad, incluyendo su libertad de conciencia. A este mismo fin responde la construcción social de la maternidad como estado ideal y natural de la mujer y no como un hecho social y personal controlable por el que se puede o no optar. A esta construcción autoritaria de la maternidad corresponde también la defensa a ultranza de los supuestos derechos del padre, no sobre los hijos vivos (o no sólo) sino sobre el cigoto-embrión. En esta visión, entonces, la mujer queda sometida tanto a la vida potencial producto del embarazo (así sea impuesto) como al hombre que participó en este proceso, así se trate de un extraño o pariente violador. Se anula así cualquier derecho de las mujeres, y se les deshumaniza.

Las consecuencias de cada una de estas posturas y de las acciones que de ellas se derivaron están ya a la vista. La liberal cris-

talizó en la reforma del D.F. de 2007, mientras que la conservadora ha moldeado las contrarreformas restrictivas de 2008-2010. Más allá de los efectos legales directos de estas contrarreformas, cabe destacar que afectan no sólo a quienes deciden interrumpir un embarazo no planeado y no deseado, sino a millones de mujeres.

En primer término, se ha impuesto un sistema que discrimina a las mujeres que viven en los estados que han modificado su marco jurídico, puesto que se les restringen derechos que otras mexicanas sí tienen, lo que constituye una forma de agravio comparado, figura inscrita en la LGAMVLV, situación por demás insostenible. En muchos de estos estados, además, las condiciones de vida de las mujeres, adolescentes y niñas se han deteriorado, puesto que, si ya antes no se cumplía cabalmente con la ley en casos de aborto por violación, en los marcos que protegen “la vida desde la concepción”, agentes de procuración de justicia y del sector salud optan por negar el procedimiento de aborto, en nombre de esas reformas o de la objeción de conciencia. Los casos de niñas violadas, obligadas a ser madres a los 10 u 11 años, son actos de barbarie indignos de un país que se dice democrático, y no son raras excepciones.

La criminalización de mujeres que han abortado, espontánea o voluntariamente, es otro efecto, en parte indirecto, de esos marcos restrictivos estatales. Cuando se condena a 20 o 30 años de cárcel a cientos de mujeres por el solo hecho de no haber podido o querido llevar a término un embarazo no deseado, o se les imponen tratamientos “médicos” o “psicológicos”, se comete un terrible acto de injusticia contra ellas y sus familias, y, además, se envía a las demás mujeres un mensaje aterrador: el Estado está dispuesto a torcer el sentido de la justicia para imponer la maternidad. El encumbramiento de ésta, por otra parte, en nada contribuye a la igualdad de género, inscrita en el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018, ni mejora en nada la vida real de millones de madres solteras, jefas de familia, o casadas, que viven en condiciones marginales o de violencia. La imposición de un mandato de maternidad debería ser por completo ajena a la política de un Estado que en su Constitución se caracteriza como laico y que se presenta como integrante responsable de la comunidad internacional. Tampoco es congruente con los principios del Estado mexicano, ceder a las

presiones conservadoras, como se hizo en el caso de las políticas de educación sexual integral y el acceso a los MA para adolescentes y jóvenes, que se dejaron en el estancamiento durante los sexenios panistas, o como se ha hecho, durante un gobierno priísta, en el caso de la Ley General de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, en la cual se sustituyó el término de “derechos sexuales y reproductivos” por el de “salud sexual y reproductiva”. ¿Por qué no quiere reconocer esos derechos en la niñez y la adolescencia un Estado laico que por décadas promovió la educación laica y científica? ¿Acaso en el siglo XXI son mejores la ignorancia y la negación que el conocimiento y el reconocimiento de problemas y derechos?

Por último, cabe señalar que el discurso hostil, discriminatorio y estigmatizante que se ha usado para rechazar el aborto, condenar a las mujeres que recurren a éste y denostar a políticos y personal de salud que han apoyado esta práctica, ha tenido y tiene un efecto corrosivo en la vida social. Por un lado, provoca sentimientos de culpa y angustia en las mujeres que no desean llevar a término su embarazo y agudiza los ya difíciles dilemas que enfrentan en el proceso de decidir interrumpirlo. Por otro lado, al condenar el aborto y a quienes optan por él, promueve el menosprecio hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado. En un país con altísimas tasas de violencia de género, el discurso condenatorio que emiten los voceros conservadores, en particular la jerarquía católica, del que los medios se hacen eco sin contextualizarlo ni cuestionarlo, resulta incluso peligroso en cuanto contribuye a normalizar la discriminación de género y la marginación de las mujeres, sobre todo cuando no se apegan a normas sociales y culturales añejas.

Ante el actual panorama sociodemográfico, político y económico, y a la luz del análisis desarrollado en este libro, nos interesa por último proponer cuatro grandes líneas de acción y de investigación que consideramos prioritarias.

En lo que se refiere al tema central de este libro, consideramos que, con base en las experiencias de otros países, en particular la de un país con una amplia población católica como Francia, y de las evidencias que hemos expuesto, es preciso revisar los marcos legales estatales y homogeneizar las leyes para permitir el aborto hasta las doce semanas, a demanda de la mujer, equiparar las cau-

sales legales en todos los estados conforme al principio pro-persona y las recomendaciones internacionales, y eliminar así barreras que imponen discriminación y desigualdad entre las mexicanas y que obstaculizan su ejercicio del derecho a la salud. Asimismo, es urgente que se garantice el acceso real al aborto seguro cuando las causales legales lo permiten. La vida y bienestar de cientos de miles de niñas, adolescentes y mujeres así lo requieren.

Al mismo tiempo, es preciso que el Estado cumpla con su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud para toda la población, con servicios públicos de salud de calidad y eficientes. Éstos deben proporcionar no sólo servicios de interrupción del embarazo seguros y accesibles, sino también consejería, educación sexual científica y laica, un amplio acceso a métodos anticonceptivos modernos que no excluya a las y los adolescentes, así como servicios adecuados durante el embarazo, parto y post-parto que cuenten con profesionales con mejor y más especializada preparación.

En este sentido, resulta preocupante que, pese a haber reconocido el reto que representa la realidad de los elevados niveles de embarazo en adolescentes y pese a la atención que se ha prestado recientemente a la violencia obstétrica, el gobierno federal haya reducido el presupuesto en salud para 2016 y prevea la fusión de los programas “Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud” y “Reducción de la Mortalidad Materna y Calidad en la Atención Obstétrica”, que tienen objetivos y metas específicos en el programa “Salud Materna, Sexual y Reproductiva”, que tendría un presupuesto menor que el de ambos en 2015 (Roldán, 2015). ¿Es así como se busca impulsar la Estrategia Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente o cumplir con los objetivos de la Agenda de Desarrollo post-2015?

Asimismo, consideramos necesario detener la criminalización de las mujeres que han abortado y que hoy están injustamente confinadas en diversas cárceles estatales. Es preciso que sean liberadas y que se les repare el daño causado, a ellas y a sus familias.

Finalmente, nos parece que es tarea fundamental dar seguimiento a las políticas públicas en materia de salud, salud sexual y reproductiva, y de derechos humanos, desde una perspectiva de género e interseccionalidad, así como analizar los discursos y ac-

ciones de los actores políticos, en particular de los partidos y sus integrantes en los congresos federal y estatales, ya que han tenido y tienen una fuerte incidencia en el marco legal y en las políticas públicas que afectan a gran parte de la población. Es deseable que se desarrollen y publiquen estudios rigurosos sobre estos temas y que se entable un diálogo con esos actores clave, con el fin de aportarles información veraz y científicamente sustentada que les permita diseñar e impulsar políticas públicas que, en vez de dejar crecer los problemas o agravarlos, como ya ha sucedido en el campo de la política de población y de salud, contribuyan a resolverlos y a mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de las mujeres, niñas y adolescentes. Éste es, en su origen, también el propósito al que busca contribuir este libro.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Referencias citadas

- Abracinskas, Lilián (2001), "Artículos de opinión: el problema social del aborto, Un asunto de intolerancia", *Suplemento Bitácora, Diario La República*, 19-12-2001.
- Abracinskas, Lilián y Alejandra López Gómez (2006), "Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática", en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Paidós, pp. 189-199.
- (2007), "Reducción de incidencia y ejercicio de derechos", en Leonel Briozzo (ed.), *Iniciativas sanitarias con el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo, pp. 1-8.
- Aceves Mejía, Rubén (2000), "La otra cara de Paulina", *Fem*, vol. 24, núm. 209, pp. 18-20.
- Adesse, Leila y Mário F. G. Monteiro (2007), "Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais". Disponible en <http://jornalgnn.com.br/sites/default/files/documentos/fractsh_mag.pdf>.
- Adesse, Leila y Luciana Campello Ribeiro de Almeida (2005), "Using Human Rights Principles to Promote Quality of Abortion Care in Brazil", *Reproductive Health Matters*, vol. 13, núm. 26, pp. 155-157.
- Aguayo Hernández, J. R. (1991), "Aborto: un problema de salud pública o de planificación familiar", *Emisor demográfico*, vol. 5, núm. 1, pp. 19-24.
- Áhman, Elisabeth e Iqbal H. Shah (2011), "New Estimates and Trends Regarding Unsafe Abortion Mortality", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 115, núm. 2, pp. 121-126.
- Aldaz, Evelyn y María Consuelo Mejía (2013), "El vientre de la mujer es el lugar más inseguro de la tierra. El discurso de los obispos sobre las mujeres y el aborto", en Evelyn Aldaz, María Consuelo Mejía (coords.) y Lucía Melgar (comp.), *De la brecha al abismo. Los obispos católicos ante la fe ligresía en México*, México, Católicas por el Derecho a Decidir, pp. 175-200.

- Aldaz, Evelyn, María Consuelo Mejía (coords.) y Lucía Melgar (comp.) (2013), *De la brecha al abismo, Los obispos católicos ante la feligresía en México*, México, Católicas por el Derecho a Decidir.
- Alfarache Lorenzo, Ángela (2003), "La construcción del derecho al aborto como un derecho humano de las mujeres", en Martha Patricia Castañeda Salgado (ed.) *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp. 131-152.
- Allanson, Susie (2009), "Psychosocial Aspects of Fertility Regulation. Elective Abortion", en WHO, *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health. A Global Review of Literature*. Disponible en <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/>>. Consultado el 8 de septiembre de 2013.
- Almaráz Hernández, Manuela (2003), *Asociación entre inadecuada educación sexual y el inicio temprano de relación sexual, embarazo no deseado, aborto y enfermedades sexualmente transmisibles en el adolescente*, México, UNAM.
- Álvarez, Lucía (2003), "Participación ciudadana y política de salud en la Ciudad de México, La Red por la Salud de las Mujeres y el gobierno del Distrito Federal", en Alicia Ziccardi (ed.) *Participación ciudadana y políticas locales en el ámbito local*, México, Indesol, pp. 273-296.
- Amador, Dámaris Noemí (1998), *El aborto, una solución para la disminución de mortalidad materna y el abandono de los niños*, México, Magaña.
- Amnistía Internacional (2014), "Los retos de México en materia de Derechos Humanos", Memorándum de Amnistía Internacional para el presidente Enrique Peña Nieto, Londres, Amnesty International.
- Amuchástegui, Ana (2005), "Condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho al aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales", *Desacatos*, vol. 17, pp. 77-82.
- Amuchástegui Herrera, Ana y Marta Rivas Zivy (2002), "Clandestine Abortion in Mexico: A Question of Mental as Well as Physical Health", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, pp. 95-102.
- Amuchástegui, Ana, Guadalupe Cruz, Evelyn Aldaz y María Consuelo Mejía (2010), "Politics, Religion and Gender Equality in Contemporary Mexico: Women's Sexuality and Reproductive Rights in a Contested Secular State", *Third World Quarterly*, vol. 31, num. 6, pp. 989-1005.
- ANAES (2001), *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, París.
- APA Task Force on Mental Health and Abortion (2008), *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*, Washington D.C. Disponible en <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>.

- Arévalo, Hugo, Alberto de La Gálvez Murillo, Ximena Pabón Frías *et al.* (2011), *Las cifras hablan: el aborto es un problema de salud pública*, Bolivia, IPAS.
- Arslan Özkan, İlkey y Samiye, Mete (2010), "Pregnancy Planning and Antenatal Health Behaviour: Findings from one Maternity Unit in Turkey", *Midwifery*, vol. 26, núm. 3, pp. 338-347.
- Ávila González, Yanina (2005), "Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres", *Desacatos*, vol. 17, pp. 107-126.
- Ávila-Burgos, Leticia, Lucero Cahuana-Hurtado y Belkis Aracena Genao (2014), *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2012 y evolución del gasto 2003-2012*, México, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.
- Badinter, Elisabeth (2010), *Le conflit. La femme et la mère*, París, Flammarion.
- Bajos, Nathalie, Agnès Guillaume y Osmo Kontula (2004), *Le comportement des jeunes européens face à la santé génésique*, Bruselas, Council of Europe.
- Bajos, Nathalie, Aline Bohet, Mireille Le Guen *et al.* (2012), "La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques", *Population et sociétés*, vol. 492, p. 4.
- Bajos, Nathalie, Michèle Ferrand y Caroline Moreau (2012), "Évolution du recours à l'IVG en France: de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative", *Médecine de la reproduction, Gynécologie Endocrinologie*, vol. 14, núm. 1, pp. 3-10.
- Bakhtin, Mikail (1981), "Discourse in the Novel", en Holquist, Michael (ed.), *The Dialogical Imagination. Four Essays by MM. Bakhtin*, Austin, University of Texas Press, pp. 269-422.
- Bartra, Eli, Anna M. Fernández Poncela y Ana Lau Jaiven (2000), *Feminismo en México, ayer y hoy*, Mexico, UAM.
- Benson, Janie, Kathryn Andersen y Ghazaleh Samandari (2011), "Reductions in Abortion-Related Mortality Following Policy Reform: Evidence from Romania, South Africa and Bangladesh", *Reproductive Health*, vol. 8, núm. 1, p. 39.
- Benson, Janie, Mathew Okoh, Keris Krenn Hrubec, Maribel A. Mañibo Lazzarino y Heidi Bart Johnston (2012), "Public Hospital Costs of Treatment of Abortion Complications in Nigeria", *The Health, Social, and Economic Consequences of Unsafe Abortion: Papers Presented at an IUSSP Seminar, Mexico, 2010*, 118, Suplemento 2, núm. 0, pp. S134-140.
- Bergallo, Paola (2011), "Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado", *Cuestión de Derechos*, vol. 1, pp. 20-44.
- Blancarte, Roberto (2001) "Laicidad y secularización en México", en *Estudios Sociológicos*, vol. XIX, núm. 3, pp. 843-855, México, El Colegio de México.
- Bongaarts, John y Charles F. Westoff (2000), "The Potential Role of Con-

- traception in Reducing Abortion", *Studies in Family Planning*, vol. 31, núm. 3, pp. 193-202.
- Brenes Bero, Víctor (2004), "Derechos sexuales de las jóvenes en el marco de los derechos humanos", en Martha Lucía Micher Camarena, *Población desarrollo y salud sexual y reproductiva*, México, Cámara de Diputados LIX Legislatura, grupo parlamentario del PRD.
- Bringas Sánchez, Ángeles, Sara Espinosa Islas *et al.* (2004), "Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México", *Debate Feminista*, vol. 15, pp. 55-86.
- Brito, Alejandro (2005), "Del derecho de convivencia a la conveniencia de no reconocerlo, La izquierda y el movimiento por las sociedades de convivencia en México", *Debate Feminista*, vol. 32, pp. 134-157.
- Broen, Anne N., Torbjørn Moum, Anne S. Bødtker *et al.* (2005), "The Course of Mental Health After Miscarriage and Induced Abortion: A Longitudinal, Five-Year Follow-Up Study", *BMC medicine*, vol. 3, núm. 1, p. 18.
- Cabrera, Gustavo (1994), "El estado mexicano y las políticas de población", en Francisco Alba y Gustavo Cabrera (coords.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 345-370.
- Cameron, Sharon (2010), "Induced Abortion and Psychological Sequelae", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 24, núm. 5, pp. 657-665.
- Cano, Gabriela (1990), "Una perspectiva del aborto en los años treinta: la propuesta marxista", *Debate Feminista*, vol. 2, pp. 362-372.
- Carpizo, Jorge (2010), "La interrupción del embarazo antes de las doce semanas", en J. Carpizo y D. Valadés (eds.), *Derechos humanos, aborto y eutanasia*, UNAM, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 1-80.
- Carril, Elina y Alejandra López Gómez (s.f.), *Aborto voluntario. La perspectiva de los varones. Vivencias, significados y opiniones en varones de distintas edades y niveles educativos. 2007-2009*, Montevideo, Universidad de la República.
- Casas, Lidia (2009), "Invoking Conscientious Objection in Reproductive Health Care: Evolving Issues in Peru, Mexico and Chile", *Reproductive Health Matters*, vol. 17, núm. 34, pp. 78-87.
- Casey, Patricia R. (2010), "Abortion Among Young Women and Subsequent Life Outcomes", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 24, núm. 4, pp. 491-502.
- Castillo, Eduardo y María Luisa Sánchez Fuentes (2001), *Trazos de una polémica: el aborto en 1998*, México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), vol. 3. (Colección Temas para el Debate).
- Católicas por el Derecho a Decidir (2004), *Encuesta de Opinión Católica en*

- México, julio 2003, México, Católicas por el Derecho a Decidir/Population Council/Estadística Aplicada.
- Cecatti, José Guilherme, GVQL Guerra, Maria Helena de Sousa *et al.* (2010), "Aborto no Brasil: Um enfoque demográfico", *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, vol. 32, núm. 3, pp. 105-111.
- Center for Reproductive Rights (2014), "The World's Abortion Laws Map 2014", *Center for Reproductive Rights*. Disponible en <<http://www.reproductiverights.org/document/the-worlds-abortion-laws-map>>.
- Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro A.C y Mirluzart (2013), *Modelo integral de acompañamiento para un aborto seguro*. Disponible en <http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/ModeloIntegrado_para_Preencion_Atn_Violencia_familiar_y_se.pdf>. Consultado el 23 de junio de 2015.
- Cevallos Ferriz, María del Carmen y Andrea Fernández Cueto Gutiérrez (comps.) (2008), *La vida ante la corte. Inconstitucionalidad del aborto*, México, Enlace.
- Chaneton, July y Nayla Vacarezza (2011), *La intemperie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*, Buenos Aires, Marea Editorial.
- Charles, Vignetta E., Chelsea B. Polis, Srinivas K. Sridhara *et al.* (2008), "Abortion and Long-Term Mental Health Outcomes: A Systematic Review of the Evidence", *Contraception*, vol. 78, núm. 6, pp. 436-450.
- Chavkin, Wendy, Liddy Leitman y Kate Polin (2013), "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, diciembre, pp. 541-56.
- Cohen, Susan A. (2006), "Abortion and Mental Health: Myths and Realities", *Guttmacher Policy Review*, vol. 9, núm. 3, pp. 8-16.
- Coleman, Priscilla K., David C. Reardon, Vincent M. Rue *et al.* (2002), "State-Funded Abortions Versus Deliveries: A Comparison of Outpatient Mental Health Claims Over 4 Years", *The American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, núm. 1, pp. 141-152.
- Coleman, Priscilla K., David C. Reardon y Jesse R. Cogle (2005), "Substance Use Among Pregnant Women in the Context of Previous Reproductive Loss and Desire for Current Pregnancy", *British Journal of Health Psychology*, núm. 10, Pt. 2, pp. 255-268.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2011), *Panorama de la fecundidad y la salud reproductiva, Enadid 2009*, México, Consejo Nacional de Población. Disponible en <<http://www.portal.conapo.gob.mx>>. Consultado el 10 de marzo de 2014.

- (2014), *La situación demográfica de México*, México, Conapo-Secretaría de Gobernación.
- (s.f.), *Principales indicadores de salud reproductiva, Enadid 2009*, México, Consejo Nacional de Población. Disponible en <<http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/00.pdf>>.
- Contreras, Xipatl, Marieke G. Van Dijk, Tahilin Sánchez y Patricio Sanhueza Smith (2011), "Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study", *Studies in Family Planning*, vol. 42, núm. 3, pp. 183-90.
- Cook, Rebecca J., Adriana Ortega-Ortiz y Sarah Romans (2006), "Legal Abortion for Mental Health Indications", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 95, núm. 2, pp. 185-190.
- Cook, Rebecca J., Mónica Arango Olaya y Bernard M. Dickens (2009), "Healthcare Responsibilities and Conscientious Objection", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 104, núm. 3, pp. 249-252.
- Corona, Ester (1995), *Salud sexual y reproductiva*, Mimeo, México, Asociación Mexicana de Estudios Sociales (AMES).
- Cossío, José Ramón, Luz Helena Orozco y Villa y Luisa Conesa Labastida (2013), "Estudio preliminar", en Laurence H. Tribe (ed.), *El aborto: guerra de absolutos*, México, FCE/Inacipe, pp. 9-91.
- Costa, Sarah H. (1998), "Commercial Availability of Misoprostol and Induced Abortion in Brazil", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 63, pp. S131-S139.
- Cogle, Jesse R., David C. Reardon y Priscilla K. Coleman (2005), "Generalized Anxiety Following Unintended Pregnancies Resolved Through Childbirth and Abortion: a Cohort Study of the 1995 National Survey of Family Growth", *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 19, núm. 1, pp. 137-142.
- Cruz Parcero, Juan Antonio y Rodolfo Vázquez (eds.) (2010), *Debates constitucionales sobre Derechos Humanos de las Mujeres*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación/Editorial Fontamara.
- Cruz Sánchez, Verónica (2011), "Fin a una década de criminalización por aborto contra mujeres pobres en Guanajuato", *Debate Feminista*, vol. 43, pp. 176-191.
- Cruz Taracena, Rosario (2004), "Análisis del discurso sobre el aborto en la prensa mexicana: el caso de Paulina" tesis, México, CIESAS.
- David, Henry P. (2006), "Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study", *Reproductive Health Matters*, vol. 14, núm. 27, pp. 181-190.
- Dayananda, Ila, Dilys Walker, Erika E. Atienzo y Sadia Haider (2012), "Abortion Practice in Mexico: A Survey of Health Care Providers", *Contraception*, vol. 85, núm. 3, pp. 304-310.

- De Souza e Silva, Rebeca y María Graciela González de Morell (2001), "Abortion and Contraception: A Study in São Paulo, Brazil", ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), celebrada en Salvador, Bahía)
- Demus (2009), "Para la defensa de los derechos de la mujer", Lima, Demus.
- Donati, Pascale y Olivia Samuel (2001), "Les temps de la procréation féminine", *Temporalistes*, vol. 41, pp. 6-15.
- Donoso Siña, Enrique (2004), "Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 15, núm. 5, pp. 326-330.
- Dorsch, Friedrich, Werner Traxel, Wilhelm Witte et al. (1985), *Diccionario de psicología*, Barcelona, Herder.
- Echarri-Cánovas, Carlos Javier (2012), *Violencia feminicida en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas, 1985-2010*, México, ONU-Mujeres/Inmujeres/Cámara de Diputados LXI Legislatura.
- Elías, Anilú (2009), "Nunca tantas insensateces se han dicho sobre algo", en J. Flores (ed.), *Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales*, México, CEIICH-Facultad de Medicina-Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM/*La Jornada*, pp. 23-25.
- Elú, María del Carmen y Ana Langer (1994), *Maternidad sin riesgo*, México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México. Disponible en <<http://www.unifem.org.mx>>.
- Elú, María del Carmen y L. Leñero (1992), *De carne y hueso. Estudios sobre género y reproducción, familia, generaciones, fecundidad, anticoncepción, aborto y muerte: estudios de caso*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Enríquez Domínguez, Bárbara, Raúl Bermúdez Sanchez, Elisa María Puentes Rizo y María Caridad Jiménez Chacón (2010), "Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia", *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 36, núm. 2, pp. 145-159.
- Enríquez, Lourdes (2014), "Activismo jurídico en la defensa de los derechos reproductivos", en *Derechos sexuales y reproductivos*, México, Catálogo MICGénero, pp. 286-293.
- Enríquez, Lourdes y Arturo Sotelo (2015), "Activismo jurídico en la defensa de los derechos reproductivos", México, inédito.
- Enríquez, Lourdes y Claudia de Anda (2008), *Despenalización del aborto en la ciudad de México: argumentos para la reflexión*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios

- de Género (PUEG)/Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)/IPAS.
- Erviti, Joaquina (2005), *El aborto entre mujeres pobres, Sociología de la experiencia*, Cuernavaca, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Erviti, Joaquina, Roberto Castro e Itzel A. Sosa (2009), "The Social Origin of Dilemmas and Attitudes of Mexican Doctors Related to Abortion's Health Care", ponencia presentada en la International Population Conference, Marrakesh, IUSSP, 28 de septiembre de 2009.
- Espinoza Damián, Gisela (2008), "Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres", en S. Lerner y I. Szasz (eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, pp. 141-202.
- Fassin, Didier (2005), *Faire de la santé publique*, Rennes, École Nationale de la Santé Publique.
- Fauman, Michael A. (2003), *Guía de estudio, DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson. Disponible en: <<http://rebiun.absynet.com/cgi-bin/abnetop/07685/ID1b157348/NT1>>.
- Faúndes, Aníbal, Graciana Alves Duarte, Jorge Andalaft Neto y Maria Helena de Sousa (2004), "The Closer you are, The Better you Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy", *Reproductive Health Matters*, vol. 12, núm. 24, suplemento, pp. 47-56.
- Fergusson, David M., Joseph M. Boden y John L. Horwood (2007), "Abortion Among Young Women and Subsequent Life Outcomes", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 39, núm. 1, pp. 6-12.
- Fergusson, David M., John L. Horwood y Elizabeth M. Ridder (2006), "Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, núm. 1, pp. 16-24.
- Ferrando, Delicia (2002), *El aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras*, Lima, Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán" (CMP)/Pathfinder International. Disponible en <<http://www.abortolegal.org/aborInducPeru.doc>>.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo y Verónica Sánchez Olgún (2000), "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto", *Papeles de población*, vol. 6, pp. 25.
- Figueroa, Juan Guillermo, B. Aguilar y G. Hita. (1994), "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos", *Estudios Sociológicos*, vol. 12, núm. 34, pp. 129-154.
- Galli, Beatriz y Evanize Sydow (2010), *Autonomia reprodutiva em questão:*

- relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul*, Río de Janeiro, IPAS.
- García, Sandra G., Carrie Tatum, Davida Becker, Karen A Swanson, Karin Lockwood y Charlotte Ellertson (2004), "Policy Implications of a National Public Opinion Survey on Abortion in Mexico", *Reproductive Health Matters*, vol. 12, núm. 24, Suplemento, pp. 65-74.
- García-Núñez, Nubia Naneri, Erika Elizabeth Atienzo, Ila Dayananda y Dilys Walker (2013), "Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México", *Salud colectiva*, vol. 9, núm. 2, pp. 235-246.
- Gasman, N., M.M. Blandon, y B.B. Crane (2006), "Abortion, Social Inequity, and Women's Health: Obstetrician-Gynecologists as Agents of Change", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 94, núm. 3, pp. 310-316.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2000), *Miradas sobre el aborto*, México, GIRE.
- (2007), "Aborto, salud y bienestar", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2008), *El proceso de despenalización del aborto en la ciudad de México*, México, Grupo de Información en Reproducción Elegida, vol. 7 (Colección Temas para el Debate). Disponible en <<http://www.gire.org.mx/>>.
- (2009), "Aspectos genómicos y neurobiológicos de la formación de la persona durante el desarrollo intrauterino", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2013), *Omisión e Indiferencia, Derechos Reproductivos en México*, México, GIRE. Disponible en <https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=+409&Itemid=1154&lang=es>. Consultado el 28 de febrero de 2014.
- (2014), "Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México, abril de 2007-30 de septiembre de 2014", México, GIRE. Disponible en <http://www.gire.org.mx/images/stories/com/Estadistile_web_feb2014.pdf#page=1&zoom=auto,0,792>. Consultado el 20 de noviembre de 2014.
- (2015), "Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México abril de 2007-30 de abril de 2015", México, GIRE. Disponible en <http://www.gire.org.mx/images/stories/com/Estadistile_web_8aniv.pdf>. Consultado el 24 de mayo de 2015.
- (2015a), *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, GIRE, RADAR 4º, agosto.
- (2015b), "El Congreso de Tlaxcala aprueba cinco causales para la

- interrupción legal del embarazo". Disponible en <www.gire.org.mx/pronunciamientos/10482-el-congreso-de-tlaxcala-amplia-el-numero-de-causales-para-la-interrupcion-legal-del-embarazo/>.
- Gissler, Mika, Cynthia Berg, Marie-Hélène Bouvier-Colle *et al.* (2005), "Injury Deaths, Suicides and Homicides Associated With Pregnancy, Finland 1987-2000", *The European Journal of Public Health*, vol. 15, núm. 5, pp. 459-463.
- Gissler, Mika, Ritta Kauppila, Jouni Merilainen *et al.* (2009), "Pregnancy-Associated Deaths in Finland 1987-1994 – Definition Problems and Benefits of Record Linkage", *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, vol. 76, núm. 7, pp. 651-657.
- Gogna, Mónica, Mariana Romero, Silvina Ramos, Mónica Petracci y Dalia Szulik (2002), "Abortion in a Restrictive Legal Context: The Views of Obstetrician-Gynaecologists in Buenos Aires, Argentina", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, pp. 128-137.
- Gómez, Adriana (2000), "Paulina's Story: An Emblematic Case of Violence Against Women", *Women's Health Journal*, núm. 2, abril, p. 28.
- Gómez-Ramírez, Cristian (2008), *Estimación del aborto inducido en Costa Rica, 2007, Informe de Resultados*, San José, Asociación Demográfica Costarricense.
- Gommel, Michelle (1997), *Nations for Mental Health. A Focus on Women*, Ginebra, World Health Organization.
- González Ruiz, Edgar (2005), *Cruces y sombras. Perfiles del conservadurismo en América Latina*, vol. 1, Mexico, Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.
- González Vélez, Ana Cristina (ed.) (2008), *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, Bogotá, La mesa por la vida y la salud de las mujeres / Alianza por el Derecho a Decidir.
- Gran Álvarez, Miriam A. y Libia M. López Nistal (2003), "El descenso de la natalidad en Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 29, núm. 2, pp. 132-138.
- Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2011), "Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación en la salud mental", documento de posición, GDC Colombia.
- Guerra de Macedo, Carlyle (2001), "La Salud Pública en las Américas: Documento conceptual y operacional", *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, pp. 3-16.
- Guevara Ruiseñor, Elsa S. (2005), "La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto", *Desacatos*, núm. 17, pp. 33-56.
- Guillaume, Agnès y Susana Lerner (2007), *L'avortement en Amérique Latine*

et dans la Caraïbe / El aborto en América Latina y en el Caribe / Abortion in Latin America and the Caribbean, Les Numériques, París, CEPED. Disponible en <http://www.ceped.org/cdrom/avortement_amerique_latine_2007/>.

- Guillaume, Agnès y William Molmy (2004), *L'avortement en Afrique/Abortion in Africa*, París, CEPED. Disponible en <<http://www.ceped.org/avortement/switch.html>>.
- Guilmot, Pierre (1982), "L'âge à la première maternité: un moment clé du cycle de vie féminin méconnu de la recherche européenne", en INED, *Les âges de la vie*, París, Presses Universitaires de France, pp. 139-148.
- Gutiérrez Morales, Irma Mariana (2011), "Estrategias argumentativas en el debate parlamentario sobre el aborto", presentado en Seminario del Programa de Traductores, El Colegio de México, 29 de junio de 2011.
- Guzmán, Mirtha Maguiña y Jorge Miranda Monzón (2013), *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*, Lima, Ministerio de Salud/Dirección General de Epidemiología.
- Harlow, Bernard, L. Cohen, Lee S. Otto, Michael W. *et al.* (2004), "Early Life Menstrual Characteristics and Pregnancy Experiences Among Women With and Without Major Depression: the Harvard Study of Moods and Cycles", *Journal of Affective Disorders*, vol. 79, núm. 1-3, pp. 167-176.
- Harper, Cynthia C., Kelly Blanchard, Daniel Grossman, J.T. Henderson y P.D. Darney (2007), "Reducing Maternal Mortality Due to Elective Abortion: Potential Impact of Misoprostol in Low-Resource Settings", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 98, núm. 1, pp. 66-69.
- Heilborn, Maria Luiza, Cabral Cristiane da Silva, Elaine Reis Brandão *et al.* (2012), "Itinerários Abortivos em Contexto de Clandestinidade na Cidade do Rio de Janeiro-Brasil", *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 17, pp. 1699-1708.
- Henshaw, Stanley K., Susheela Singh y Hass Taylor (1999), "La incidencia del aborto inducido a nivel mundial", *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, pp. 16-24.
- (1999a), "Recent trends in Abortion Rates Worldwide", *International Family Planning Perspectives*, vol. 25, núm. 1, pp. 44-48.
- Hernández Vicencio, Tania (2011), "El Partido Acción Nacional en la lucha por la no despenalización del aborto en el Distrito Federal", *Andamios*, vol. 8, núm. 15, pp. 367-396.
- Hessini, Leila (2005), "Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD", *Reproductive Health Matters*, vol. 13, núm. 25, pp. 88-100.

- (2012), "Abortion Stigma is Simply Discrimination: Here is How we Get Rid of It", *RH Reality Check*. Disponible en <<http://rhreality-check.org/article/2012/10/22/abortion-stigma-is-simply-discrimination/>>.
- Hirsch, Jennifer S. (2008), "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico", *Studies in Family Planning*, vol. 39, núm. 2, pp. 93-104.
- Hodorogea, Stelian y Rodica Comendant (2010), "Prevention of Unsafe Abortion in Countries of Central Eastern Europe and Central Asia", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, pp. S34-S37.
- Hume, Maggie, Raquel Núñez y Beatriz Sosa Martínez (1997), *La evolución de un código terrenal: la anticoncepción en la doctrina católica*, 3a. ed. Montevideo, Católicas por el Derecho a Decidir (CDD).
- Hurst, Jane (2002), *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia católica: lo que no fue contado*, 5a. ed. México, Católicas por el Derecho a Decidir (CDD).
- INEGI (2010), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009, Metodología y tabulaciones básicas*, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- (2013), *Panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos*, ENDIREH 2011, México, INEGI. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=7028250_51266>.
- (2015), "Principales resultados de la encuesta intercensal 2015", *Estados Unidos Mexicanos*, México, INEGI.
- INEGI-Conapo (2015), "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Enadid 2014". Disponible en <www.inegi.org/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf>.
- Islas de González Mariscal, Olga (2008), "Evolución del aborto en México", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 123. Disponible en <<http://revistas.unam.mx/index.php/bmd/article/view/10772>>.
- Jadad, Alejandro (2012), "La felicidad es un antídoto: científico colombiano", *El Tiempo*, Bogotá. Disponible en <<http://antoniosanchezjr.org/home/entrevista-a-cientifico-sinuano-alejandra-jadad/>>. Consultado en junio de 2015.
- Juárez Carcaño, Fátima (2008), "La relación anticoncepción, morbilidad, mortalidad materna y el aborto inducido, evidencia científica", en Lourdes Enríquez y Claudia de Anda (eds.), *Despenalización del aborto en la ciudad de México: Argumentos para la reflexión*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG)/Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)/IPAS, pp. 39-47.

- Juárez, Fátima y Susheela Singh (2012), "Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology", *International Perspectives on Sexual y Reproductive Health*, vol. 38, núm. 2, pp. 58-67.
- (2013), "Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada", *Perspectivas internacionales en salud sexual y reproductiva*, pp. 25-35.
- Juárez, Fátima, J.L. Palma, Susheela Singh *et al.* (2010), *Barreras para la maternidad segura en México*, Nueva York, The Guttmacher Institute.
- Juárez, Fátima, Susheela Singh, Isaac, Maddow-Zimet *et al.* (2013), *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*, Nueva York, Guttmacher Institute/El Colegio de México.
- Juárez, Fatima, Susheela Singh, Sandra G. García *et al.* (2008), "Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed Between 1990 and 2006?", *International Family Planning Perspectives*, vol. 34, núm. 04, pp. 158-168.
- Kane, Gillian, Beatriz Galli y Patty Skuster (2013), *When Abortion is a Crime: The Threat to Vulnerable Women in Latin America*, Chapel Hill, IPAS.
- Kaplan, Celia Patricia, Pamela I. Erickson, Susan L. Stewart *et al.* (2001), "Young Latinas and Abortion: The Role of Cultural Factors, Reproductive Behavior, and Alternative Roles to Motherhood", *Health Care for Women International*, vol. 22, núm. 7, pp. 667-689.
- Klerman, Lorraine V. (2000), "The Intendedness of Pregnancy: A Concept in Transition", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 4, núm. 3, pp. 155-162.
- Lafaurie, María Mercedes, Daniel Grossman, Erika Troncoso, Deborah Billings, Susana Chávez, Gloria Maira, Imelda Martínez, Margoth Mora y Olivia Ortiz (2005), "El aborto con medicamentos en América Latina: las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú", Population Council, Gynuity Health Projects.
- Lagarde, Marcela (2003), "La condición humana de las mujeres", en M.P. Castañeda Salgado (ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-UNAM, pp. 31-59.
- Lamas, Marta (1992), "El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto", *Política y cultura*, núm. 1, pp. 9-22.
- (1997), "The Feminist Movement and the Development of Political Discourse on Voluntary Motherhood in Mexico", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, pp. 58-67.
- (2001), "Del cuerpo a la ciudadanía, El feminismo y la despenalización del aborto en México", en Margarita M. Valdés (ed.), *Contro-*

- versias sobre el aborto*, Problemas de ética práctica-Sección de obras de filosofía, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Filosóficas, pp. 221-240.
- (2001a), *Política y reproducción: aborto, la frontera del derecho a decidir*, 1a. ed., Temas de debate, Barcelona, Plaza & Janés.
- (2003), “La lucha por modificar las leyes de aborto en México”, en Martha Patricia Castañeda Salgado (ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, UNAM-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, pp. 83-105.
- (2003a), “Aborto: entre el no de la religión y el sí de las mujeres”, en Mario Bronfman y C. Denman, *Salud reproductiva. Temas y debates*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- (2004), “Los derechos reproductivos de las y los adolescentes, y un necesario servicio de salud sexual y reproductiva”, en Martha Lucía Mícher Camarena (ed.), *Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva*, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, Grupo Parlamentario del PRD en la LIX Legislatura de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Disponible en <<http://prd.diputados.gob.mx/publicaciones.htm>>, pp. 135-157.
- (2008), “Introducción” en Lourdes Enríquez y Claudia de Anda (coords.), *Despenalización del aborto en la Ciudad de México*, México, GIRE/PUEG/IPAS, pp. 12-26.
- (2008a), “El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina”, *Perfiles latinoamericanos* vol. 16, núm. 31, pp. 65-93.
- (2014), *Cuerpo, sexo y política*, México, Océano.
- Lamas, Marta, Rosario Taracena y J. Preston (2000), *Paulina: In the Name of the Law*, México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- Langer, Ana (2002), “El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, núm. 3, pp. 192-204.
- Lara, Diana, L Klein, Sandra García y Davida Becker (2003), “Abortion in Mexico”, *Fact Sheet*, México, Population Council.
- Lau Jaiven, Ana (2011), “Emergencia y trascendencia del nuevo feminismo”, en Gisela Espinosa Damián y Ana Lau Jaiven (coords.), *Un fantasma recorre el siglo. Luchas feministas en México, 1910-2010*, pp. 151-181.
- Lerner, Susana (1967), “La investigación y la planeación demográficas en México”, *Demografía y economía*, vol. 1, núm. 1, pp. 9-17.
- Lerner, Susana (2008), “El derecho a decidir: la diversidad de opciones ante la despenalización del aborto”, en Lourdes Enríquez y Claudia

- de Anda (coord.), *Despenalización del aborto en la ciudad de México: Argumentos para la reflexión*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Programa Universitario de Estudios de Género/IPAS México/Grupo de Información en Reproducción Elegida, pp. 59-63.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2003), "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 53, pp. 299-352.
- Lerner, Susana y André Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción, Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México", en F. Alba y G. Cabrera, *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-118.
- Lerner, Susana y Lucía Melgar (eds.) (2010), *Familias en el siglo XXI. Realidades diversas y políticas públicas*, México, PUEG/El Colegio de México/Unifem.
- Levin, Carol, Daniel Grossman, Karla Berdichevsky et al. (2009), "Exploring the Costs and Economic Consequences of Unsafe Abortion in Mexico City Before Legalization", *Reproductive Health Matters*, vol. 17, núm. 33, pp. 120-132.
- López Gómez, Alejandra, y Lilián Abracinskas (2009), "El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva", *Cuadernos del UNFPA*, serie Divulgación, año 3, núm. 3.
- López Vigil, María (2003), *Historia de una Rosa*, Managua, Red de Mujeres contra la Violencia.
- López Cervantes, Malaquías (1997), "La construcción de una nueva salud pública. Una tarea multidisciplinaria", *Salud pública de México*, vol. 39, núm. 3, mayo-junio, pp. 177-178.
- Loyo, Gilberto (1935), *La política demográfica de México*, México, Instituto de Estudios Sociales, Políticos y Económicos del PNR, Partido Nacional Revolucionario.
- Maguire, Daniel (1998), "Probabilismo en una sociedad plural, Opciones católicas para el debate sobre el aborto", México, Católicas por el Derecho a Decidir.
- Mario, Silvia y Edith Pantelides (2009), "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *Notas de población*, vol. 87, pp. 95-120.
- Maroto Vargas, Adriana (2010), *Al amparo de la noche. La ruta crítica de las mujeres que se realizan abortos clandestinos en Costa Rica*. Disponible en <<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/42>>. Consultado el 8 de septiembre de 2013.
- Martínez-Salgado, Mario, Susana Lerner y Evelyn Aldaz (2013), "Encuesta de Opinión Católica en México, 2009", en Evelyn Aldaz, María

- Consuelo Mejía (eds.) y Lucía Melgar (comp.), *De la brecha al abismo. Los obispos católicos ante la feligresía en México*, Católicas por el Derecho a Decidir, México, pp. 331-406.
- Mazuy, Magali, France Prioux y Magali Barbieri (2011), "L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine", *Population* (edición en francés), vol. 66, núm. 3/4, pp. 503-554.
- Mazuy, Magali, Laurent Toulemon y Élodie Baril (2014), "Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours", *Population*, vol. 69, núm. 3, pp. 365-398.
- McMurtrie, Stephanie M., Sandra G. García, Kate S. Wilson, Claudia Díaz-Olavarrieta y Gillian M. Fawcett (2012), "Public Opinion About Abortion-Related Stigma Among Mexican Catholics and Implications for Unsafe Abortion", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 118, Suplemento 2 (0), pp. S160-166.
- McNaughton, Heathe, Marta María Blandón y Ligia Altamirano (2002), "Should Therapeutic Abortion be Legal in Nicaragua: The Response of Nicaraguan Obstetrician-gynaecologists", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, pp. 111-119.
- Mejía, María Consuelo (2003), "El aborto en la Iglesia católica: entre la infalibilidad y el probabilismo", en Castañeda Salgado Martha Patricia (ed.), *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-UNAM, pp. 67-82.
- Melgar, Lucía y Susana Lerner (2013), "¿Adónde vamos a ir a dar? Los obispos mexicanos ante la familia y el matrimonio", en Evelyn Aldaz, María Consuelo Mejía (coords.) y Lucía Melgar (comp.), *De la brecha al abismo. Los obispos católicos ante la feligresía en México*, Católicas por el Derecho a Decidir, México, pp. 137-173.
- Menkes, Catherine y Leticia Suárez (2005), "El embarazo adolescente en México: ¿es deseado?", México, Population Council.
- Menkes, Catherine (2015), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Tendencias nacionales y dos estudios de caso", ponencia presentada en el Foro La estrategia nacional para la prevención del embarazo adolescente, México, 30 de septiembre.
- Micheel, S. (2000), "Even When Legal, Abortion is Often Inaccessible", *Fpia News*, núm. 7, p. 7.
- Millán Dena, Rodolfo (2010), "La sociedad de convivencia y los desafíos hacia la normalización", en Susana Lerner y Lucía Melgar (eds.), *Familias en el siglo XXI, Realidades diversas y políticas públicas*, PUEG/El Colegio de México/Unifem, México, pp. 305-318.

- Moctezuma, Pedro (1984), "El movimiento urbano popular mexicano", *Nueva Antropología*, Revista de Ciencias Sociales, vol. 24, pp. 62-87.
- Monteiro, Mario F.G. y Leila Adesse (2006), "Estimativas do aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)", *Rev Saude Sex Reprod*, vol. 26.
- Montoya-Romero, José de Jesús, Raffaella Schiavon, Erika Troncoso, Claudia Díaz-Olavarrieta y Tahilin Karver (2015), "Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras", *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, vol. 83, núm. 1, pp. 23-31.
- Morales Aché, Pedro (2010), "Los derechos reproductivos desde la perspectiva constitucional", en Juan A. Cruz Parceroy y Rodolfo Vázquez (eds.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*, México, Fontamara, pp. 133-157.
- Morán Faúndes, José Manuel (2015), "Aborto e Iglesias. Cuatro focos analíticos en América Latina", en Silvina Ramos (comp.), *Investigación sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, CEDES/Population Council/PromSex, pp. 95-128 (archivo digital).
- Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2006), "Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva de Género: la violencia contra la mujer (informe de la relatora especial sobre la mujer, sus causas y consecuencias, Yakın Ertürk. Misión a México)", Nueva York, Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.
- Naciones Unidas (ONU) (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994, Nueva York, ONU.
- Núñez Fernández, Leopoldo (2001), "Incidencia, diferenciales y actitudes del aborto en México: metodologías alternativas", México, El Colegio de México.
- Olivé, León (2001), "El aborto, Fox y la ética", en Margarita M. Valdés, *Controversias sobre el aborto*, México, UNAM/FCE, pp. 249-260.
- Ordorica-Mellado, Manuel (2014), "1974: momento crucial de la política de población", *Papeles de Población*, nueva época, año 20, núm. 81, pp. 9-24.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986), "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Disponible en <issuu.com/cedes/docs/carta_de_ottawa_oms_1986>.
- (2002), *Gender and Mental Health*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- (2012), *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2a. ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- (2013), "Salud mental: un estado de bienestar". Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5-13 septiembre de 1994, Nueva York, Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995), *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* – 10a. revisión OPS, Washington, D.C., OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- (2012), *Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*, Washington, D.C., OPS.
- Ortiz Lemus, Alberto (1992), “Perspectivas del Estado Mexicano ante la problemática social del aborto”, México, IJ-UNAM.
- Ortiz Millán, Gustavo (2009), *La moralidad del aborto*, México, Siglo XXI.
- (2010), *Argumentos a favor del derecho a decidir, Pacto por la vida de las mujeres*, México, Siglo XXI.
- Ortiz Ortega, Adriana (2001), *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, México, Edamex y Population Council.
- Ortiz, Olivia (2008), “Un acercamiento al aborto legal en México: La experiencia de las mujeres”, en Graciela Freyermuth y Erika Troncoso (coords.), *El aborto, acciones médicas y estrategias sociales*, México, IPAS.
- Palma, Yolanda (2008), “Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes: situación actual y necesidades de informaciones”, en Claudio Stern (ed.), *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar sus salud sexual y reproductiva*, México, El Colegio de México/Population Council, pp. 115-131.
- Palomino, Nancy, Miguel R. Padilla, Brigitte D. Talledo, Christian Guzman Mazuelos, Jessica Carda y Angela M. Bayer (2011), “The Social Constructions of Unwanted Pregnancy and Abortion in Lima, Peru”, *Global Public Health*, vol. 6, Suplemento, pp. 73-89.
- Pérez Fernández Ceja, Ydalia (2015), *El principio de progresividad a 8 años de la ILE*”, Boletín de la Federación Mexicana de Universitarias, A.C., Mexico, Federación Mexicana de Universitarias, A.C. Disponible en <femumex.org/docs/boletines/154.pdf>.
- Perry, J. Christopher, John J. Sigal, Sophie Boucher *et al.* (2005), “Personal Strengths and Traumatic Experiences Among Institutionalized Children Given up at Birth (Les Enfants de Duplessis – Duplessis Children), II: Adaptation in Late Adulthood”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 193, núm. 12, pp. 783-789.
- Petracci, Monica, Mario Pechenya, Marina Mattioli, y Alejandro Capriati (2012), “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad

- de Buenos Aires”, *Sexualidad, Salud y Sociedad*, vol. 1, núm. 12, diciembre, pp. 164-197.
- Piekarewicz Sigal, Mina (2015), “Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina”, *Revista de bioética y derecho*, núm. 33, pp. 3-13.
- Population Council, y Grupo IDM (2001), ¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública, México, Population Council, Grupo IDM. Disponible en <https://www.google.fr/search?q=QUE+PIENSAN+Y+OPINA+N+POPULATION+COUNCIL&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=JMyFVZrRAovaUav8g3g>.
- Population Crisis Committee (1982), *World Abortion Trends*, Washington, D.C.
- Potter, Joseph, Octavio Mojarro y Daniel Hernández (1986), “Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción en México”, *Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, México, pp. 261-284.
- Prada, Elena, Ann Biddlecom y Susheela Singh (2011), “Induced Abortion in Colombia: New Estimates and Change Between 1989 and 2008”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 37, núm. 3, pp. 114-124.
- Prada, Elena, Lisa Remez, Edgar Kestler *et al.* (2006), *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Prada, Elena, Susheela Singh y Cristina Villarreal (2012), “Health Consequences of Unsafe Abortion in Colombia, 1989-2008”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 118, septiembre, pp. 992-998.
- Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez y Cristina Villarreal (2010), *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Reardon, David C, Philip G. Ney, Fritz Scheuren *et al.* (2002), “Deaths Associated With Pregnancy Outcome: A Record Linkage Study of Low Income Women”, *Southern Medical Journal*, vol. 95, núm. 8, pp. 834-841.
- Reardon, David C. y Philip G. Ney (2009), “Abortion and Subsequent Substance Abuse”, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 26, núm. 1, pp. 61-75.
- Reardon, David C., Jesse R. Cogle, Vincent M. Rue *et al.* (2003), “Psychiatric Admissions of Low-Income Women Following Abortion and Childbirth”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, núm. 10, pp. 1253-1256.
- Reardon, David C., Priscilla K. Coleman y Jesse R. Cogle (2004), “Substance Use Associated With Unintended Pregnancy Outcomes in the

- National Longitudinal Survey of Youth", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 30, núm. 2, pp. 369-383.
- Rede Feminista de Saúde (2005), "Dossiê aborto: morte preveníveis e evitáveis".
- Reproductive Health Matters (RHM) (2003), "Peruvian Woman Goes to UNHRC for Justice", *Reproductive Health Matters*, vol. 11, núm. 21, p. 196.
- Rivas Zivy, Marta y Ana Amuchástegui Herrera (1996), *Voces e historias sobre el aborto*, México, Edamex.
- Robinson, Gail Erlick, Nada L. Stotland, Nancy Felipe Russo *et al.* (2009), "Is There an 'Abortion Trauma Syndrome'? Critiquing the Evidence", *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 17, núm. 4, pp. 268-290.
- Rodríguez Wong, Laura L. y Susana Chávez Alvarado (2009), "El aborto en América Latina. Situación actual y desafíos, desde la mirada de El Cairo", *Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en América Latina*, Río de Janeiro, ALAP, pp. 74-88. Disponible en <http://www.academia.edu/6046128/Avances_y_retrocesos_en_la_salud_sexual_y_reproductiva_en_Am%C3%A9rica_Latina>.
- Romero, Mariana, Edgardo Abalos y Silvina Ramos (2013), "La situación de la mortalidad materna en Argentina y el objetivo de desarrollo del milenio 5". Disponible en <http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf>.
- Rondón, Martha (2009), *Resultados de investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*, Lima, Promsex.
- Rossier, Clémentine (2003), "Estimating Induced Abortion Rates: A Review", *Studies in Family Planning*, vol. 34, núm. 2, pp. 87-102.
- Rossier, Clémentine, Laurent Toulemon y France Prioux (2009), "Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005", *Population* (edición en francés), vol. 64, núm. 3, pp. 495-529.
- Rostagnol, Susana (2007), "Los pobres y las pobres ¿tienen derecho a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos?", *Serías*, vol. 5, pp. 37-52.
- Rostagnol, Susana (2012), "De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres", *Sexualidad, Salud y Sociedad*, vol. 12, pp. 198-223.
- Ruiz Parra, Emiliano (2015), *Ovejas negras. Rebeldes de la Iglesia mexicana del siglo XXI*, México, Océano.
- Salazar García, Marisol (2013), "Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el marco jurídico internacional", *Femumex* (Federación mexicana de universitarias A.C.), año 9, núm. 18, *Mujeres, Derechos y Sociedad*, México. Disponible en <

- lamujer.org.mx/femu/revista/losDerechosSexualesYReproductivos-DeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1995), *Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórica-analítica para el programa de salud reproductiva y sociedad de El Colegio de México*, México, El Colegio de México.
- Sandoval Arriaga, Alfonso (2010), "Políticas de población: viejos y nuevos desafíos", en Manuel Ordorica y Brígida García (eds.), *Los grandes problemas de México/[Manuel Ordorica y Jean-François Prud'homme, coordinadores generales]*, 1a. ed., México, El Colegio de México, pp. 431-453.
- Saucedo, Irma y Guadalupe Huacuz (2011), "Movimientos contra la violencia hacia las mujeres", en Gisela Espinosa Damián y Ana Lau Jai-ven (coords.), *Un fantasma recorre el siglo. Luchas feministas, 1910-2010*, pp. 213-242.
- Schiavon, Raffaella, Erika Troncoso y Gerardo Polo (2012), "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 118, septiembre, pp. 578-86.
- Schiavon, Raffaella, Gerardo Polo y Erika Troncoso (2007), *Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto*, México, IPAS.
- Schiavon, Raffaella, María Elena Collado, Erika Troncoso, José Ezequiel Soto Sánchez, Gabriela Otero Zorrilla y Tia Palermo (2010), "Characteristics of Private Abortion Services in Mexico City After Legalization", *Reproductive Health Matters*, vol. 18, núm. 36, pp. 127-135.
- Schmiege, Sarah y Nancy Felipe Russo (2005), "Depression and Unwanted First Pregnancy: Longitudinal Cohort Study", *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 331, núm. 7528, p. 1303.
- Secretaría de Salud (Ssa) (1977), *Plan Nacional de Planificación Familiar*, México, Secretaría de Salud.
- (1984), *Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1989*, México, Secretaría de Salud.
- (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, Enfes, México, Secretaría de Salud.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, Iqbal H Shah, Elisabeth Åhman, Stanley K. Henshaw y Akinrinola Bankole (2012), "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide From 1995 to 2008", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9816, pp. 625-632.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, Stanley K. Henshaw et al. (2011), "Legal Abortion Worldwide in 2008: Levels and Recent Trends", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 37, núm. 02, pp. 084-094.
- Serret, Estela (2001), *El género y lo simbólico: la constitución imaginaria de la*

- identidad femenina*, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.
- Shah, Iqbal H., Elisabeth Åhman y Nuriye Ortayli (2014), "Access to Safe Abortion: Progress and Challenges Since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD)", *Contraception*, vol. 90, núm. 6, pp. S39-S48.
- Sherris, J., A. Bingham, M.A., Burns *et al.* (2005), "Misoprostol Use in Developing Countries: Results from a Multicountry Study", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 88, núm. 1, pp. 76-81.
- Singh, Susheela, Deidre Wulf, Rubina Hussain, Arinkola Bankole y Gilda Sedgh (2009), *Abortion Worldwide: a Decade of Uneven Progress*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Solís, Patricio, Cecilia Gayet y Fatima Juárez (2008), "Las transiciones a la vida sexual, a la unión, y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, pp. 397-428.
- Sousa, Angélica, Rafael Lozano y Emmanuela Gakidou (2010), "Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence Base in Mexico", *Health Policy and Planning*, vol. 25, núm. 4, pp. 300-310.
- Speckhard, Anne C. y Vincent M. Rue (1992), "Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern", *Journal of Social Issues*, vol. 48, núm. 3, pp. 95-119.
- Stern, Claudio (2012), "El 'problema' del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate", México, El Colegio de México-Centro de Estudios Sociológicos.
- Stotland, Nada L. (1992), "The Myth of the Abortion Trauma Syndrome", *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, núm. 15, pp. 2078-2079.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) (2008), "Clasificación de información 34/2008-A derivada de la solicitud presentada por Felipe de Jesús Zamora Castro. Disponible en <https://www.scjn.gob.mx/transparencia/Documents/Resoluciones/Informacion%20Administrativas/2008/34CI_34_08_A.pdf>.
- (2008a), "Acción de Inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulación, Ministro Encargado del engrose, José Ramón Cossío Díaz". Disponible en <<http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/dpf>>.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2002), "El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica", en Brígida García (ed.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, México, El Colegio de México, pp. 157-180.

- Tapia, Ricardo (2010), "Argumentos científicos, éticos y religiosos", presentado en el Seminario Internacional "Mitos y realidades sobre el aborto", México, Organizado por la Comisión de Derechos Humanos del D.F./Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/Campaña 28 de septiembre", y la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir.
- Taracena, Rosario (2005), "El aborto a debate. Análisis de los argumentos de liberales y conservadores", *Desacatos*, vol. 17, pp. 15-32.
- (2009), "Del aborto se dicen muchas cosas". Disponible en <<https://www.gire.org.mx/publicaciones/libros/delabortosedicen.pdf>>.
- Tarrés, María Luisa (1993), "El movimiento de mujeres y el sistema político mexicano: análisis de la lucha por la liberalización del aborto, 1976-1990", *Estudios sociológicos*, vol. 11, núm. 32, pp. 365-397.
- Torres Falcón, Marta (2009), "Sexualidades minoritarias y derechos humanos: el caso de las sociedades de convivencia en el Distrito Federal", *Sociológica*, vol. 24, núm. 69, pp. 157-82, México.
- Ubaldi Garcete, Norma (2004), "Paulina. Cinco años después; las deudas colectivas", en GIRE, *Paulina. Cinco años después*, México, Temas para el debate, Cuadernos del GIRE, pp. 5-11.
- Ubaldi Garcete, Norma y Mariana Winocur (2005), *El acceso al aborto legal por violación en la ciudad de México: limitaciones, oportunidades y desafíos*, México, Population Council.
- UNFPA, Naciones Unidas (ONU) Mujeres, ACNUDH-México y Grupo Intergerencial de Género (2012), *México ante la CEDAW*, México, UNFPA.
- UNFPA, UNICEF, WHO et al. (2012), *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*, Ginebra, WHO.
- United Nations (2013), "World Abortion Policies", Nueva York, UN. Disponible en <<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>>.
- United Nations, Population Division (2001), *Abortion Policies. A global review*, vol. I, Afghanistan to France, Nueva York, UN. Disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>>.
- (2001a), *Abortion Policies. A global review*, vol. II, Gabon to Norway, Nueva York, UN. Disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>>.
- (2002), *Abortion Policies. A global review*, vol. III, Oman to Zimbabwe, Nueva York, UN. Disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>>.
- (2012), *World Contraceptive Use 2012*, Nueva York. Disponible en <<http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>>.

- Valdés, Margarita M. (ed.) (2001), *Controversias sobre el aborto*, problemas de ética práctica, Sección de obras de filosofía, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Filosóficas.
- Van Dijk, Marieke G. (2010), "Experiencias y opiniones respecto al aborto de dos grupos de actores clave: médicos y otros profesionales de salud en el Distrito Federal, y abogados", presentado en X Reunión Nacional de Investigación Demográfica, Somede, México.
- Van Dijk, Marieke G., Diana G. Lara y Sandra G. García (2007), "Opinions of Decision-Makers on the Liberalization of Abortion Laws in Mexico", *Salud Pública México*, 49, núm. 6, pp. 394-400.
- Viar, Juan Pablo (2006), "Backlash: una lectura desde lo jurídico", en M.I. Bringiotti y Lamberti (eds.), *Maltrato infantojuvenil: riesgos del compromiso profesional*, Buenos Aires, Editorial Universidad. Disponible en <www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos-juridicos/?id=25>.
- Victora, Cesar G, Estela ML Aquino, Maria do Carmo Leal *et al.* (2011), "Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges", *The Lancet*, vol. 377, núm. 9780, pp. 1863-1876.
- Villain, Annick y Marie-Claude Mouquet (2011), "Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009", *Études et résultats*, DREES, vol. 765, pp. 1-6.
- Villoro, Luis (2001), "¿Debe penalizarse el aborto?", en Margarita M. Valdés (ed.), *Controversias sobre el aborto*, UNAM/FCE, México, pp. 243-248.
- Welti, Carlos (2010), "Estimaciones de la fecundidad con la Enadid 2006", en *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo, Una mirada desde la Enadid 2006*, pp. 166-200, CRIM/Secretaría de Salud. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100011>.
- Wilson, Kate S., Sandra G. García, Claudia Díaz Olavarrieta, Aremis Villalobos-Hernández, Jorge Valencia Rodríguez, Patricio Sanhueza Smith y Courtney Burks (2011), "Public Opinion on Abortion in Mexico City After the Landmark Reform", *Studies in Family Planning*, vol. 42, núm. 3, pp. 175-182.
- Wilson, Kate S., Sandra G. García, Claudia Díaz Olavarrieta, Stephanie M., McMurtrie, Jorge Armando Valencia, Fernanda Díaz de León y María Luisa Sánchez Fuentes (2012), "Exploring Abortion Knowledge and Opinion Among Lawyers: An Important yet Overlooked Stakeholder Group in Mexico", *Health Care for Women International*, vol. 33, núm. 11, pp. 1046-1059.
- Women's Health Journal* (2003), "Nicaragua and Chile. Defending Reproductive Choice", *Women's Health Journal*, vol. 1, pp. 4-10.
- World Health Organization (WHO) (1948), *Constitution of the World Health*

- Organization 1948*, Ginebra, WH. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf>.
- (1994), *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*, Ginebra, World Health Organization. Disponible en <www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/complications.html>.
- (2002), “The World Health Report, 2002: Reducing the Risks, Promoting Healthy Life”, Ginebra, WHO.
- (2007), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5th ed., Ginebra, WHO.
- (2011), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, Ginebra, WHO.
- Zamberlin, Nina, Mariana Romero y Silvina Ramos (2012), “Latin American Women’s Experiences With Medical Abortion in Settings Where Abortion is Legally Restricted”, *Reproductive Health*, vol. 9, núm. 1, p. 34.
- Zamudio Cárdenas, Lucero, Norma Lilia Rubiano Blanco, Lucy Wartenberg, Mara Viveros, y Hernando Salcedo Fidalgo (1999), *El aborto inducido en Colombia*, Cuadernos del CIDS. Bogotá, Universidad Externado de Colombia-Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, vol. 3.
- Zamudio Cárdenas, Lucero, Norma Lilia Rubiano Blanco y Lucy Wartenberg (1999), “The Incidence and Social and Demographic Characteristics of Abortion in Colombia”, en Axel I. Mundigo y Cynthia Indriso (eds.), *Abortion in the Developing World*, Londres, Zed Books, pp. 407-446.
- Zamudio, Lucero (2000), “El aborto en Colombia: dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales”, *Derecho Del Estado*, núm. 8, pp. 45-55.

Hemerografía citada

- ACI Prensa (2015), “La ideología de género es una equivocación de la mente humana, afirma el Papa Francisco”, 23 de marzo. Disponible en <<https://www.aciprensa.com/noticias/la-ideologia-de-genero-es-una-equivocacion-de-la-mente-humana-afirma-el-papa-francisco-11862/>>.
- “Papa Francisco: ideología de género contradice el plan de Dios”, 15 de abril. Disponible en <<https://www.aciprensa.com/noticias/papa-francisco-ideologia-de-genero-contradice-plan-de-dios-35559/>>.

- Aguayo, Sergio (2014), "Guerra cultural", *Opinión*, México, *Reforma*, 12 de febrero.
- Asociación Médica Mundial (s.f.), "Juramento Hipocrático 500 a.C.". Disponible en <www.bioeticanet.infor/documentos/JURHIP.pdf>.
- Balboa, Juan (2007), "Advierten a legisladores que defenderán la vida 'ante cualquier amenaza'", *La Jornada*, 5 de abril. Disponible en <www.jornada.unam.mx/2007/04/05/index.php?section=capital&article=025n1cap>.
- Barranco, Bernardo (2014), "El nuevo partido neopentecostal", *La Jornada*, 30 de julio. Disponible en <www.jornada.unam.mx/2014/07/30/politica/022a1pol>.
- (2013), "La reforma al 24 constitucional, una vergüenza", 3 de julio. Disponible en <<http://www.jornada.unam.mx/2013/07/03/2F07%2F03%2Fopinion%2F021a1pol>>.
- BBC News (2015), "Libby Lane, First female Church of England bishop consecrated", 26 de enero. Disponible en <www.bbc.com/news/uk-politics-30974547>.
- Carrión, Antonio (2010), "Aborto por violación era letra muerta", *Por Esto* / Quintana Roo, 22 de octubre.
- Castillo García, Gustavo (2007), "Solicitan abogados católicos a la PGR promueva recurso de inconstitucionalidad", *La Jornada*, 4 de mayo.
- CEDAW (1999), "Recomendación general núm. 24, artículo 12, CEDAW. La mujer y la salud". Disponible en <132.247.1.49/mujeres3/html/cedaw/Cedaw/3_Recom_grales/24.pdf>.
- CIMAC Noticias (2015), "Quieren eliminar derechos sexuales de programas para jóvenes", 21 de mayo. Disponible en <www.cimacnoticias.org.mx/node/62703>.
- (2013), "México, 'ejemplo' de embarazos tempranos", 24 de diciembre. Disponible en <www.cimacnoticias.org.mx/node/652599>.
- CNN México (2015), "Aborto y uniones homosexuales no son algo 'tan importante': López Obrador", 11 de junio. Disponible en <mexico.cnn.com/politico/2015/06/11/aborto-y-unioneshomosexuales-no-son-algo-tan-importante-lopez-obrador>.
- Comité Nacional Pro Vida. Disponible en <<http://www.comiteprovida.org/>>.
- Del Regil, Miriam (2014), "Los mitos y las realidades de la adopción", *El Financiero*, 12 de febrero. Disponible en <www.elfinanciero.com.mx/archivos/los-mitos-y-realidades-de-la-adopcion.html>.
- Deutsche Welle (2013), "Caso Beatriz en el El Salvador: Una discriminación socioeconómica", 5 de junio. Disponible en <www.dw.de/caso-beatriz-en-el-salvador-una-discriminacion-socioeconomica/a-16858733V>.

- Egelko, Bob (2015), "Abstinence-only curriculum is not sex education, judge rules", *SF Gate*. Disponible en <<http://www.sfgate.com/education/article/Judge-Abstinence-only-curriculum-is-not-sex-6256481.php>>.
- El Comercio* (2015), "ONU: "Paraguay no protegió a niña de 10 años tras ser violada", 11 de mayo. Disponible en <www.elcomercio.pe/mundo/latinoamerica/onu-paraguay-no-protectorio-nina-10-anos-violada-noticia-1810376/>.
- El Nuevo día* (2015), "Embarazo de niña violada divide a Paraguay", 10 de mayo. Disponible en <www.elnuevodia.com/noticias/internacionales/nota/embarazodeninavioladadivideparaguay-2045469/>.
- El Universal-El Mundo* (2014), "Aborto, una práctica horrorosa, dice Papa". Disponible en <<http://www.eluniversal.com.mx/el-mundo/2014/impreso/aborto-una-practica-horrorosa-dice-Papa-85561.html>>.
- González Ruiz, Edgar (2014), "Sandra Peniche: la lucha por los derechos sexuales en Yucatán", *Contralínea* (México), Red Voltaire, 15 de junio de 2014. Disponible en <voltage.net.org/article184329.html>.
- Lalli, Chiara (2015), "Tutti pazzi per el gender", *Internazionale*, 31 de marzo. Disponible en <www.internazionale.it/opinione/chiera-lalli/2015/03/31/teoria-gender-diritti>.
- Miles (2015), "Miles Chile presenta argumentos frente a la Comisión de Salud del Congreso", 27 de mayo. Disponible en <mileschile.cl/?p=1163more-1163>.
- Morales, Rosalinda (2015), "Recibe Congreso propuestas por eutanasia, pro y contra del aborto", Xalapa, Agencia Imagen del Golfo. Disponible en <www.imagendelgolfo.com.mx/resuemen.php?id=41067205>.
- Naciones Unidas (2013), *Informe del relator especial sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes*, Juan E. Méndez. Disponible en <www.ohchr.org/Documents/HR_Bodies/HRECAT/2013_Report_Special_Relator_Special_onu_penalizacion_aborto_tortura.pdf>.
- Ortega Canto, Judith (s.f.), "Aborto: ¿pecado o derecho?", *Por Esto*. Disponible en <www.porestonet.net/ver_notas.php?zona=yucatan&idSeccion=1&idTitulo=324000>.
- Papa Francisco (2015), "Mensaje del Santo Padre Francisco con ocasión de la Conferencia Internacional 'Mujeres hacia la agenda de desarrollo post-2015: los desafíos de los objetivos de desarrollo sostenible'", 22 de mayo. Disponible en <m.vatican.va/content/francescomobile/es/messages/pont-messages/documents/Papa-francesco_20150522_messaggio-donne-agenda-sviluppo.html>.
- (2015a), "Carta Encíclica Laudato Si' del Santo Padre Francisco sobre el cuidado de la casa común", junio. Disponible en <w2.vatican.va>.

- vabarracontent/dam/franceso/pdf/encyclicals/document/Papa-franceso_20150524_enciclica-laudato-si_sp.pdf>.
- Partido Acción Nacional (2002), "Principios de Doctrina" (1939) y "Proyección de principios de doctrina. Disponible en <www.pandf.org.mx>.
- (2015), "Plataforma electoral". Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2014-2015/Doctos_Vinc_Tem/1_PAN_pdf>.
- (2009), "Plataforma electoral". Disponible en <www.visiondemexico.org.mx/up_contents/uploads/2014/10/eje1.pdf>.
- Partido Alternativa Socialdemócrata y Campesina (2005), "Declaración de principios", 30 de enero. Disponible en <www.ife.org.mx/documents/ppp/docs_pdf/ALTERNATIVA%20Declaracion%20%20Principios.pdf>.
- (2005), "Programa de acción". Disponible en <www.ife.org.mx/documents/ppp/docs_pdf/ALTERNATIVA%20Programa%20%de%Accion_pdf>.
- Partido de la Revolución Democrática (2001), "Declaración de principios", VI Congreso Nacional Zacs, 24-28 de abril. Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/PRD_DECLARACION_DE_PRINCIPIOS.pdf>.
- (2006), "Plataforma electoral PRD-PT-Convergencia. 'Por el bien de todos'", 2006-2009. Disponible en <partidodeltrabajo.org.mx/2011/transparencia2012/PLATAFORMA%20PBT%PRD-PT-CONV/2006.pdf>.
- (2015), "Plataforma electoral 2015". Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2014-2015/Doctos_Vinc_Tem/3_PRD.pdf>.
- Partido Encuentro Social (2014), "Plataforma electoral 2015". Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2014-2015/Doctos_Vinc_Tem/10_ES.pdf>.
- Partido Movimiento de Regeneración Nacional (2014), "Declaración de principios". Disponible en <<http://morena.si/wp-content/uploads/2014/12/declaracion-de-principios-de-morena1.pdf>>.
- (2014), "Programa de acción". Disponible en <<http://morena.si/wp-content/uploads/2014/12/Programa-Morena.pdf>>.
- Partido Revolucionario Institucional (2002), "Declaración de principios". Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/PRI_DECLARACION_DE_PRINCIPIOS.PDF>.
- (2006), "Programa de acción". Disponible en <www.ife.org/PPP/docs_pdf/PRI/PROGRAMA_DE_ACCION.PDF>.

- (2009), “Plataforma 2009 PRI-PVEM ‘Primero México’”. Disponible en <www2.ine.mx/docs/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2009/pripvemCOA1.pdf>.
- (2015), “Plataforma electoral”. Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2014-2015/Doctos_Vinc_Tem/2_PRI.pdf>.
- Partido Verde Ecologista de México (2003), “Programa de acción”. Disponible en <www2.ine.mx/documentos/PPP/docs-pdf/PVEM_PROGRAMAR-DE-ACCION.PDF>.
- Politico.mx (2015), “En vida pública debe estar Dios: PES”, 17 de noviembre. Disponible en <<http://politico.mx/lo-ultimo/en-vida-publica-debe-estar-dios-pes>>.
- Religion News Service (2015). “Vatican ends controversial investigation of US nuns with olive branch”, 16 de abril. Disponible en <www.religionnews.com/2015/04/16/vatican-ends-controversial-investigation-u-s-nuns-olive-branch/>.
- Roldán, Nayeli (2015), “El gobierno de EPN propone quitarle presupuesto a la salud en 2016”, *Animal político*, 10 de noviembre. Disponible en <<http://www.animalpolitico.com/2015/11/hacienda-propone-recorte-presupuesto-salud-2016>>.
- Salmerón, Cristina (2015), “La realidad de las madres solteras en México”. Disponible en <vida.yestilo.terra.com.mx/mujeres-de-hierro/la-realidad-de-las-madres-solteras-en-mexico.64a80v056985c410vcm4000009bcceb0Arcrd.html>. Consultado el 27 de marzo de 2015.
- Sin embargo* (2015). “ONU: Guerra en México disparó violaciones, asesinatos y desapariciones de niños”, 10 de junio. Disponible en <www.sinembargo.mx/10-06-2015/1374963>.
- Spadaro, Antonio, S.J. (2013), “Papa Francisco: ‘Busquemos ser una Iglesia que encuentra caminos nuevos’. Entrevista exclusiva”, en *Razón y Fe*, 19 de septiembre. Disponible en <www.razonyfe.org/images/stories/Enrevista_al_Papa_Francisco.pdf>.
- Tribuna* (2015), “Procesan a 16 mujeres por abortar”, 18 de mayo. Disponible en <<http://tribuna.red/procesan-a-16-mujeres-por-abortar>>.
- Valadez, Blanca (2013), “En México 116 mil violaciones no reciben castigo. Inmujeres”, en *Milenio*, 21 de noviembre. Disponible en <www.milenio.com/policia/Mexico-violaciones-reciben-castigo-Inmujeres_0_194380598.html>.
- Varios (2006), *Aborto: el derecho a decidir*, dossier en *Debate feminista*, octubre, México.
- Viayra Ramírez, Mariana (2007), “Intentará la UNPF echar atrás la despenalización del aborto”, *Crónica*, 29 de abril.

- World Women's Alliance for Life* (2015), "Manifiesto del Nuevo Feminismo". Disponible en <wwalf.net/public/editor/PDF%20ITA/MANIFESTO%20del%20nuovo%20femminismo%20spagnolo%20-%20sotto%20MANIFESTO%20DEL%20NUOVO%20FEMMINISMO-def.pdf>.
- Zamora, Anaiz (2015), "Violentan el Estado laico: candidatos firman pacto Provida", *CIMAC Noticias*, 28 de mayo. Disponible en <cimacnoticias.org.mx/node/69797>.
- (2015) "Causal de aborto por violación, la de menor acceso para mujeres", *Cimacnoticias*, 3 de junio. Disponible en <www.cimacnoticias.com.mx/node/69860>.
- Zepeda, Mayra (2015), "Congreso de Tlaxcala aprueba causales para despenalizar el aborto", *Animal político*, 23 de abril. Disponible en <animalpolitico.com/2015/04/congreso-de-tlaxcala-aprueba-causales-para-despenalizar-el-aborto/>.

Documentales citados

- Expedientes* (2011), Maricarmen de Lara, directora.
Las Libres, la historia después de... (2014), Gustavo Montaña, director.

Referencias consultadas

- Arredondo, Armando (1993), "Marcos conceptuales en salud pública: modelos, paradigmas o propuestas disciplinarias", *Cuadernos médico-sociales* (Santiago de Chile), vol. 34, núm. 2/3, pp. 29-36.
- Banfi Vique, U.A. Cabrera y L.G. Lugo (2010), *Mujer y Salud en Uruguay. El veto del ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos*, Aporte al debate en salud, ciudadanía y derechos, MYSU, Uruguay, Cuadernos, época 1, núm. 1.
- Berer, Marge (2009), "Criminalization, Sexual and Reproductive Rights, Public Health, and Justice", *Reproductive Health Matters*, vol. 17, pp. 4-6.
- Bergallo, Paola y Ana Cristina González Vélez (2012), *Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídicos*, Bogotá (Colombia) La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia), la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ ANDAR (México), el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/Clacai y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/Flasog.
- Betania Allen-Leigh et al. (2013), "Inicio de la vida sexual, uso de anticon-

- ceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México”, *Salud pública de México*, vol. 155, suplemento 2, 2013, pp. 235-340.
- Camarena, Rosa María y Susana Lerner (2008), “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural”, en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, t. 1, pp. 117-216.
- Catholics For a Free Choice (2004), *Panorama Mundial: Actitudes católicas hacia el comportamiento sexual y la salud reproductiva*, Washington, D.C., Catholics for a Free Choice.
- Católicas por el Derecho a Decidir (2011), “Carta de principios”, *Conciencia Latinoamericana*, Bolivia, México, Católicas por el Derecho a Decidir, vol. xx.
- Checa, Susana (ed.) (2006), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Coalición para la Salud de las Mujeres (2013), *Oportunidades para la salud de las mujeres: Diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del Plan Nacional de Desarrollo*.
- Conapo (2011), *Campaña para la prevención integral del embarazo adolescente no planificado e infecciones de transmisión sexual*, México, Conapo (documento inédito).
- Cruz Parceros, J.A. y Rodolfo Vázquez (2010), *Debates constitucionales sobre Derechos Humanos de las Mujeres*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación-Fontamara.
- Degante Sánchez, Alma Olivia (2005), “Mujeres abortan, hombres también. Voces de sus protagonistas”, *Desacatos*, vol. 17, pp. 155-168.
- Ehrenfeld Noemí, Rosario Cárdenas y José B. Morelos (1992), *El aborto. Análisis conceptual y metodológico*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, DT-II-92.
- Eninplaf (1996), *Encuesta de Instituciones en Planificación Familiar*, México, Consejo Nacional de Población.
- Fathalla, Mahoud F. (1992), “Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead”, en J. Khanna, Paul F. Van Look y P. David Griffin (eds.), *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future, Biennial Report, 1990-1991, Special 20th anniversary issue*, World Health Organization, Ginebra.
- Faúndes, Aníbal y José Barzelatto (2005), *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Colombia, Grupo TM.
- Fiala, Christian y Arthur Joyce H. (2014), “Dishonourable Disobedience” —Why Refusal to Treat in Reproductive Healthcare is not Conscientious Objection”. *Woman-Psychosom. Gynaecol. Obstet.*, vol. 1, pp. 12-23.

- Figueroa, Juan Guillermo (1999), "Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos" en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 61-102.
- García Sandra (2007), "Changes in Mexican Abortion and Emergency Contraception Knowledge and Attitudes, 2000-2006", ponencia presentada en The 135th Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C.
- Giberti, Eva (2006), "La madre y la maternidad en suspenso", en Susana Checa (ed.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Argentina, Paidós, pp. 61-79.
- Góngora Pimentel, Genaro David (2009), *¿De quién es la vida?: razonamientos y justificación del voto del ministro*, México: INACIPE.
- González Vélez, Ana Cristina (2011), *La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos*, Bogotá (Colombia).
- Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE) (2005), "El Derecho a la salud y al aborto seguro en los Compromisos Internacionales del Gobierno de México", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2007), "Los derechos reproductivos en los compromisos internacionales del gobierno de México", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2008), "Leyes sobre aborto. México", *Hoja Informativa*, México, GIRE.
- (2010), "Los derechos reproductivos en la legislación y en las políticas públicas de México", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2012), "Derechos humanos de las mujeres y protección de la vida prenatal en México", *Hoja informativa*, México, GIRE.
- (2013), "Iniciativas para proteger la vida desde la concepción (2008-2013)", *Hoja informativa*, México, GIRE, abril de 2013.
- Guttmacher Institute (2012), "Aborto inducido en el mundo", *Fact Sheet*, Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- (2012), "Hechos sobre abortos en América Latina y el Caribe", en *Resumen*, Nueva York, Alan Guttmacher Institute.
- Harris, Lisa Hope, Michelle Debbink, Lisa Martin y J. Hassinger (2011), "Dynamics of Stigma in Abortion Work: Findings from a Pilot Study of the Providers Share Workshop", *Soc. Sci. Med.*, vol. 73, pp. 1062-1070.
- Holmberg, Lars. I. y Vivian Wahlberg (2000), "The Process of Decision-Making on Abortion: A Grounded Theory Study of Young Men in Sweden", *Journal of adolescent health*, vol. 26, num. 3, pp. 230-234.

- IPAS (2008), "El aborto inseguro como problema de salud pública en México, *Hoja informativa*, México, IPAS.
- (2008), "La despenalización del aborto protege la salud y la vida de las mujeres en el Distrito Federal", *Hoja informativa*, México, IPAS.
- (2009), "*Amicus Curiae*, documentado presentado por Raffaella Schiavon como parte a la Acción de Inconstitucionalidad número 11/2009 interpuesta por la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California en contra de la reforma al Art. 7 Constitucional de este Estado", México, IPAS.
- (2009), *Un acercamiento al aborto legal en México: la experiencia de las mujeres*, México, IPAS.
- (2011), *Amicus Curiae*, México, IPAS.
- (2013), *Cuando el aborto es un crimen: la amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*, México, IPAS.
- Juárez, Fátima, Susheela Singh, Sandra G. Garcia *et al.* (2009), "Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?", *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y reproductiva*, número especial, 2009, pp. 4-14.
- Kumar, Anuradha, Leila Hessini y Ellen M.H. Mitchell (2009), "Conceptualising Abortion Stigma", *Culture, Health & Sexuality*, vol. 11, pp. 625-639.
- Lamas, Marta (2004), "Aborto: viejo problema y nuevos dilemas", *Perinatología Reproducción Humana*, vol. 18, núm. 1, pp. 34-43.
- Lamus Canavate, Doris (2010), "Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas", *Reflexión política*, vol. 1, núm. 2.
- Lerner, Susana y Agnès Guillaume (2008), "La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina", *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 2, pp. 29-45.
- Lerner, Susana, André Quesnel y Mariana Yáñez (1994), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transiciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 3, pp. 543-578.
- López Gómez, Alejandra (2013), *Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en psicología en Uruguay: Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos*. Montevideo, Facultad de Psicología-Universidad de la República Uruguay.
- Maier, Elizabeth (2008), "La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México", *Frontera norte*, vol. 20, núm. 40, pp. 7-47.
- Martínez, Mario, Susana Lerner y Evelyn Aldaz (2013), "Identidades católicas, derechos sexuales y reproductivos y laicidad", en Evelyn Aldaz y María Consuelo Mejía (coords.), *De la brecha al abismo. Los*

- bispos católicos ante la feligresía en México*, México, Católicas por el Derecho a Decidir, México, pp. 335-402.
- Naciones Unidas (2015), "Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá". Disponible en <unorg/es/millenniumgoals/material/shtm>.
- (2013), *World Abortion Policies 2013, World Chart 2013*; Nueva York, United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division.
- Norris, Alison, Danielle Bessett, Julia R. Steinberg, Megan L. Kavanaugh, Silvia De Zordo, Davida, Becker (2011), "Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences", *Women's Health Issues*, 21, pp. S49-S54.
- Observatorio Eclesial (2008), *Aborto: aspectos sociales éticos y religiosos. Invitación al debate*, México, Observatorio Eclesial.
- OEA (2010), *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II, doc.69, Washington, D.C., Organización de Estados Americanos.
- Oliveira, Maria Coleta (2003), "Políticas de población y salud. Reflexiones a partir de la experiencia brasileña en salud reproductiva", en Brígida García (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, México, El Colegio de México, pp. 197-216.
- OPS (2002), *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), *Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de Salud*, Ginebra, OMS.
- (2005), "¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?". Disponible en <http://www.wgi.int/social_determinantes/strategy/QuandAs/es/>.
- (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales*, Ginebra, OMS.
- (2011), "Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud", Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, OMS.
- Ortiz Ramirez, Olivia (2012), "Los derechos del cuerpo" en Rodrigo Parrini (coord.), *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?*, México, PUEG/UNAM.
- Osís, Maria José Duarte, Aníbal Faúndes y Maria Helena de Sousa (2010), *Brazilian Abortion Law: The Opinion of Judges and Prosecutors*, *Rev. Saúde Pública*, vol. 44, pp. 406-420.
- Palma Cabrera, Yolanda (1988), "Niveles de fecundidad", *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, 1987, Memorias de la Reunión, México, SSA, pp. 79-92.

- Petracci, Mónica (2004), *Salud, derecho y opinión pública*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.
- Poniatowska, Elena (2000), *Las mil y una: la herida de Paulina*, crónica, México, Plaza & Janés.
- Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez y Cristina Villareal (2011), *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Colombia*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Schiavon, Raffaella (2009), "Género y derechos reproductivos en el debate constitucional en México," ponencia presentada en el foro "Los mismos derechos para todos", realizado en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, junio de 2009.
- Schiavon, Raffaella (2014), "Morbilidad y mortalidad por aborto: Cómo usar la evidencia de los sistemas de información en salud. México como estudio de caso", Perú. Disponible en <<http://www.clacai.org/regional/2014.html>>.
- Sedgh, Gilda, Akinrinola Bankole, Susheela Singh *et al.* (2012), "Legal Abortion Levels and Trends by Woman's Age at Termination", *International Perspectives and Reproductive Health*, vol. 38, núm. 3, pp. 143-153.
- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, Rubina Hussain (2010), "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes", *Studies in Family Planning*, vol. 41, pp. 241-250.
- Somede (2012), *Documento de Recomendaciones Finales del Foro "Una Agenda para la Política de Población: Realidades y Desafíos"*, México, Somede.
- Sosa Sánchez, Adriana Itzela (2013), "Les significations du corps, de la sexualité et de la reproduction dans le cadre de la médicalisation: une analyse intersectionnelle dans l'état de Morelos, Mexique", tesis de doctorado, Universidad Laval, Canadá.
- Tamés, Regina (2013), "Revictimización de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual", Punto G (IRE). Disponible en <<http://www.animalpolitico.com/blogueros-punto-gire/2013/03/25/revictimizacion-de-las-mujeres-sobrevivientes-de-violencia-sexual/>>.
- Tribe, Laurence H. (2012), *El aborto: guerra de absolutos*, México, FCE, Inacipe.
- Valencia Rodríguez, Jorge, Kate S. Wilson, Claudia Díaz Olavarrieta, *et al.* (2011), "Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization", *Studies in Family Planning*, vol. 42, núm. 3, pp. 191-198.
- World Health Organization (WHO) (2009), *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, Ginebra, WHO.

Portales de internet

- Armando Martínez Gómez. Disponible en <armandomartinezgomez.blogspot.mx>.
- Asociación Nacional Cívica Femenina, A.C. Disponible en <ancifem.org.mx>.
- Catholics on the Net. Disponible en <www.es.catholic.net>.
- Colegio de Abogados Católicos de México, A.C. Disponible en <www.abogadoscaticosdemexico.com>.
- Comité Pro Vida. Disponible en <www.comiteprovida.org>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. Disponible en <www.gire.org.mx>.
- PAN, Senado. Disponible en <www.pan.senado.gob.mx/2015/04/>.
- Red Balance. Fondo María. Disponible en <http://www.redbalance.org/maria/inicio_maria.html>.
- Red Familia. Disponible en <www.redfamilia.or>.
- Red Iberoamericana Pro Derechos Humanos. Plan de acción. Disponible en <http://www.redderechoshumanos.org/blog/plan-de-accion-para-la-defensa-de-los-derechos-humanos-de-las-mujeres-en-bc/>.
- Unión Nacional de Padres de Familia A.C. Disponible en <unpf.mx>.

Hemerografía

- Arquidiócesis de Xalapa (2015), *Boletín dominical* 039, 18 de enero. Disponible en <anexoprensamerica.bligoo.cl/media/users/40/2030697/files/592463/18_I_2015.pdf>.
- Barranco, Bernardo (2011), "Casa sobre la Roca, nueva derecha neopentecostal", *La Jornada*, 12 de octubre. Disponible en <www.jornada.unam.mx/2011/20/12/opinion/021a1pol>.
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, vigente a 2015. Disponible en <www.legisver.gob.mx/Leyes-PDF/PENAL190515.pdf>.
- Gaceta Legislativa (2009), año III, núm. 155, 17 de noviembre, Veracruz. Disponible en <www.legisver.gob.mx/gaceta/gacetaLXI/GACETA155.pdf>.
- Gaceta Legislativa (2009), año III, núm. 159, 3 de diciembre, Veracruz. Disponible en <www.legisver.gob.mx/gaceta/gacetaLXI/GACETA159.pdf>.
- GIRE (2013) "Legislación Estatal". Disponible en <https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=409%3

- Alegislacion-estatal&catid=49%3Anormativa&Itemid=1361&lang=es>. Consultado el 22 de abril de 2013.
- González, Héctor (2015), "Piden activistas prohibir el aborto en Veracruz". Disponible en <capitalveracruz.org.mx>, Consultado el 21 de mayo de 2015.
- Lamas, Marta (2012), "Las mujeres y el silencio de Beatriz", *Proceso*, 27 de enero.
- Partido Acción Nacional (2004), "Programa de acción política 2004. AN de cara al siglo XXI". Disponible en <www.pandf.org.mx>.
- Partido Acción Nacional (2012), "Plataforma electoral 2012-2018. 'Un México con futuro'". Disponible en <www.visiondemexico.org.mx/up_contents/uploads/2014/10/eje1.pdf>.
- Partido Convergencia (2002), "Declaración de principios", 16 de agosto. Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/CONV_DECLARACION_DE_PRINCIPIOS.pdf>.
- (2002), "Programa de acción". Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/CONV_PROGRAMA_DE_ACCION.PDF>.
- Partido de la Revolución Democrática (2007), "Programa de acción", agosto. Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/PRD_PROGRAMA_DE_ACCION.pdf>.
- (2009), "Plataforma electoral". Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-Plataformas Electorales/2009/Prd3.pdf>.
- (2012), "Plataforma electoral 2012-2018". Disponible en <genero.ife.org.mx/docs/pp2012/PE_PRD_genero.pdf>.
- Partido del Trabajo (2005), "Programa de acción". Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/declaracion_PT_sept2005.pdf>.
- Partido Movimiento Ciudadano (2015), "Plataforma electoral". Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2014-2015/Doctos_Vinc_Tem/6_MC.pdf>.
- Partido Nueva Alianza (2005), "Declaración de principios". Disponible en <www.ife.org.mx/documentos/ppp/docs_pdf/Nueva%20Alianza%20declaracion%20de>.
- Partido Revolucionario Institucional (2012), Plataforma 2012-2018. Disponible en <www2.ine.mx/archivos3/portal/historico/recursos/IFE-v2/DEPPP/DEPPP-PlataformasElectorales/2012/Plataforma_PRI.pdf>.
- Partido Verde Ecologista de México (2002), "Declaración de principios".

Disponible en <www2.ine.mx/documentos/PPP/docs-pdf/PVEM_DECLARACION_DE_PRINCIPIOS>.

Uprimny, R. (2013), "Aborto, pluralismo y política criminal". Disponible en <www.document.razonpublica.com>.

Zamora, Anaiz (2013), "SCJN avala reformas Provida en Oaxaca y Guanajuato", *CIMAC Noticias*, 2 de mayo. Disponible en <cimacnoticias.org.mx/node/63174>.

*Realidades y falacias en torno al aborto:
salud y derechos humanos*
se terminó de imprimir en junio de 2016,
en los talleres de Impresos Almar, S.A. de C.V.,
Netzahualpilli 120, col. Estrella del Sur, 09820
Ciudad de México.
Portada: Pablo Reyna
Tipografía y formación: Manuel O. Brito Alviso.
Cuidó la edición la Dirección de Publicaciones
de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Desde fines del siglo xx el aborto ha sido objeto de intensos debates en los ámbitos de la política, los derechos humanos y la salud pública. Por implicar temas delicados y controvertidos, relacionados con la “vida”, la dignidad, la igualdad, la justicia y el derecho de las mujeres a decidir de manera libre e informada sobre su maternidad, el debate sobre el aborto y su despenalización exige más reflexión que opinión. No obstante, suele darse una polémica donde confluyen posturas ideológicas, religiosas, morales, éticas y jurídicas encontradas, así como intereses políticos contrapuestos que ya han impuesto legislaciones restrictivas que atentan tanto contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como contra los principios de una sociedad laica y democrática.

A raíz de la aprobación en 2007 de la despenalización del aborto en la Ciudad de México y de la acción de inconstitucionalidad que se promovió contra ésta, la Suprema Corte de Justicia de la Nación convocó en 2008 a audiencias públicas en las que se expusieron argumentos a favor y en contra de la reforma. Con el fin de contribuir a una reflexión rigurosa y fundamentada acerca de esta compleja cuestión, este libro analiza dichos argumentos desde la perspectiva del derecho a la salud y los derechos humanos, en el contexto de la política de población en México y de las evidencias científicas acerca del impacto de los marcos jurídicos en la salud y bienestar de las mujeres (en el mundo). A partir de este “debate histórico”, las autoras cuestionan las falacias que buscan limitar los derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres, así como la incidencia de este tema en el actuar de políticos, legisladores y personal de salud frente a las realidades del aborto en México.

ISBN: 978-607-462-938-5

