

**Consecuencias de la criminalización a los derechos sexuales y reproductivos. El caso del aborto en México.**

**Dra. Joaquina Erviti, Dr. Roberto Castro**

Universidad Nacional Autónoma de México

**DOCUMENTO PRELIMINAR**

**FAVOR DE NO CITAR**

Cuernavaca, México, octubre de 2013

## Consecuencias de la criminalización a los derechos sexuales y reproductivos. El caso del aborto en México.

En México, el contexto social y legal del aborto vigente en la mayor parte del territorio nacional, criminaliza el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres sobre su cuerpo. Ello tiene consecuencias para la salud, la vida y la dignidad de las mujeres. Este contexto establece barreras para el acceso oportuno a la atención de las complicaciones de un aborto, sea espontáneo o inducido, y facilita la violación de los derechos reproductivos en las diversas instituciones (salud y ministerios públicos, entre otras) por parte de los profesionales que las atienden. Más allá de la pérdida objetiva de la libertad que pueden enfrentar las mujeres consignadas por un aborto inducido, el contexto conservador afecta en forma diferente a las mujeres: los riesgos de salud y/o discriminación son mayores para las mujeres con menos recursos o que no cumplen con los dictados (normas) establecidos en (los modelos) el ideal de la maternidad. Para documentar esto, la presentación se desarrolla en torno a dos ejes: en una primera parte se muestra a mujeres en su accionar ante un evento como el aborto, para evitar el estigma y la discriminación de que son objeto en las instituciones de salud y en los contextos familiares y sociales. Estas acciones conllevan situaciones de riesgo para su salud y su vida. El segundo eje de la exposición se centra en las *miradas* profesionales y las prácticas que se derivan de esta forma de ver el mundo y que tienen efectos en las disposiciones para atender a las mujeres que acuden a los servicios con complicaciones de un aborto.

### El contexto

En las sociedades occidentales existe un orden social y corporal generizado que asigna la reproducción y sus costos a las mujeres. Son las mujeres quienes experimentan en sus cuerpos los costos de los mandatos sociales y normas relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Las experiencias subjetivas de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva son diferentes de acuerdo a su posición en la estructura social, a sus recursos económicos y relacionales, y a sus capacidades para la apropiación y ejercicio de los derechos. En una sociedad conservadora como la mexicana, tanto el cuerpo como la sexualidad de las mujeres han sido definidos y disciplinados básicamente para la reproducción. Las mujeres deben ajustar sus prácticas corporales y sexuales hacia comportamientos que las acerquen a este 'ideal femenino' y a su destino reproductivo (Lagarde, 1997; Rich, 1995; Vance, 1992).

Las experiencias subjetivas de las mujeres que viven un proceso de aborto también son condicionadas por el contexto de penalización que obliga a las mujeres a practicarse abortos en la clandestinidad y, con frecuencia, de manera insegura. En un contexto legal y

social restrictivo como el mexicano, las mujeres de menos recursos son quienes recurren con más frecuencia al aborto inseguro y son las que nutren la lista de mujeres muertas por complicaciones de un aborto. La restricción legal inhibe la existencia misma de servicios para su atención o bien crea barreras legales, administrativas, políticas y/o sociales que dificultan el acceso a los servicios existentes.

En México, la disputa política en torno al aborto se ha radicalizado en los últimos años. La legalización del aborto en el Distrito Federal, en abril de 2007, reconoce el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo durante las primeras 12 semanas y marca un hito en la lucha por los derechos reproductivos en el país. Como respuesta al cambio legal logrado en el Distrito Federal, las fuerzas conservadoras del país reaccionaron buscando establecer condiciones legales más restrictivas en las diversas entidades federativas. Así, en el transcurso de los siguientes años, 17 de los 32 estados de la república mexicana aprobaron reformas regresivas a las constituciones locales y códigos penales para “proteger el derecho a la vida desde la concepción” y no permitir, casi bajo ninguna excepción, la interrupción legal del embarazo (Gire, 2013; Myers and Seif, 2010). A partir de estas reformas, entre los años 2009 a 2011, 679 mujeres fueron denunciadas por el delito de aborto (un promedio anual de 226 mujeres), lo que representa casi tres veces el promedio anual en el periodo 1992-2007 que era de 62 mujeres denunciadas y/o procesadas al año (datos de la SCJN, cit. en Gire, 2013).

La legislación restrictiva y los obstáculos para el acceso al aborto —en términos de barreras legales-administrativas, médicas, económicas y socioculturales (Fawcus, 2008; Grimes, 2003)— contribuyen a que un gran número de mujeres mexicanas vean violados sus derechos reproductivos; se expongan a los riesgos en salud derivados de los abortos inseguros, al estigma y discriminación, y a la posibilidad de ser denunciada ante las autoridades del Ministerio Público. En 2009, la tasa de abortos inducidos en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 44 años fue de 38 por cada 1000 mujeres, lo que representa una cifra anual superior al millón de mujeres (Juarez y Singh, 2012). Además, en 2010, el aborto representó el 11% de las muertes maternas en México (Gire, 2013). Las mujeres mexicanas pobres, con menor nivel educativo e indígenas tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres que cuentan mayores recursos económicos, más educación y no son indígenas (Sousa et al., 2009).

La legislación del aborto en México es del nivel local (estatal) y cada estado establece cuándo el aborto está penalizado y los procedimientos para solicitar un aborto legal por alguna de las causales contempladas en la ley. En 2012, el Comité de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) expresó su preocupación por esta falta de uniformidad de la legislación sobre aborto en el país, así como por la

conducta dolosa en que incurre el personal de salud contra las mujeres que abortan (Comité CEDAW, 2012, cit. en Gire, 2013). Estudios realizados en México muestran que, aunque la mayoría de los médicos están de acuerdo en que el aborto sea legal bajo determinadas circunstancias y que estarían decididos a proveer los servicios, subsiste un gran desconocimiento acerca de las leyes en torno al aborto. Por ejemplo, la cuarta parte de los médicos encuestados dice desconocer que las mujeres que tienen un embarazo derivado de una violación pueden demandar la atención de un aborto legal (Silva et al., 2009). Otros estudios muestran que entre el 60% y el 85% de los médicos conocen que el aborto es legal en algunos casos pero sólo un porcentaje reducido conoce las causas específicas permitidas por la ley (García et al., 2003). Una investigación encontró que sólo entre 16 y 31% de los estudiantes de medicina estaría de acuerdo con el aborto electivo y en el caso del aborto por razones económicas y sociales la mayoría de ellos no lo apoyaría (Lisker, Carnevale y Villa, 2006).

Finalmente es preciso señalar que las recientes reformas y contra-reformas legales en torno al aborto en México no son sino la expresión más visible de la feroz *lucha clasificatoria* que tiene lugar simultáneamente en los campos del derecho, de la medicina, y de la institucionalidad y religión cristianas (Cook and Dickens, 2009), con consecuencias importantes para el ejercicio de los derechos reproductivos. En última instancia, la disputa es por la posibilidad de imponer una definición tanto de la mujer, de la sexualidad femenina, y del aborto, así como del alcance de los derechos de las mujeres en torno a esta materia (Casas, 2009). Las acciones de las mujeres que presentan un aborto y las prácticas de los profesionales que trabajan en los servicios de salud reproductiva deben ser analizadas en el contexto de esta lucha política e ideológica que actualmente se libra en relación al aborto en América Latina y en México (Richardson and Birn, 2011).

En diversos trabajos hemos documentado que en un contexto social como el de México, donde el aborto sigue estando penalizado en gran parte del país, las mujeres se ven obligadas a desplegar una serie de estrategias para evitar ser estigmatizadas al presentarse en el hospital con un aborto en curso (Erviti, Castro y Collado, 2004). También hemos descrito el origen social de las prácticas clasificatorias que despliegan los médicos al recibir en el área de urgencias a mujeres que requieren atención médica por aborto (Erviti, Castro y Sosa, 2006). En ambos casos hemos insistido en el papel central que juega la mirada de género con la que la sociedad y los médicos interpretan lo que consideran como prioridades y problemas médicos, así como la reputación de las usuarias de estos servicios.

### **La agencia de las mujeres. Estrategias de manejo ante el aborto**

Junto a la condición de restricción legal y administrativa, existe en México un complejo ambiente social y moral en torno al aborto. A nivel personal, la mayoría de la población mexicana considera que la decisión de interrumpir un embarazo debe residir en la mujer y su pareja. Sin embargo, en el nivel de lo público, prevalece un discurso que condena el aborto y que busca identificar como criminales a las mujeres que interrumpen un embarazo y a quienes les apoyan (Gire 2013). A través de los medios, la Iglesia y organizaciones conservadoras difunden imágenes estereotipadas negativas de las mujeres que se presume tienen alguna responsabilidad en la interrupción del embarazo. Se trata de las mismas instituciones y actores sociales que lideran las acciones y discursos en contra del libre ejercicio de la sexualidad y de los derechos reproductivos.

Las consecuencias de este discurso hegemónico culpabilizador alcanzan a todas las mujeres que sufren complicaciones por un aborto, sea inducido o espontáneo, y que se ven forzadas a acudir en demanda de atención médica, principalmente en las instituciones públicas de atención social en salud. Toda mujer que llega a un hospital público con un proceso de aborto es “sospechosa” de haber realizado acciones dirigidas a finalizar el embarazo, especialmente cuando el aborto cursa con un proceso infeccioso y la mujer presenta determinadas características consideradas “típicas” de las mujeres que abortan, tales como un bajo nivel socioeconómico y un alto número de hijos, o bien una edad menor a los 20 años. La calidad de la atención que reciben, así como la clasificación que merecen como personas depende de la etiquetación inicial que haga el personal de salud sobre ellas en términos del tipo de aborto que presentan (espontáneo o inducido, es decir: legítimo o ilegítimo), como ya se ha documentado en la literatura (Erвити, Castro y Sosa, 2006). Ello obliga a las mujeres a desplegar una serie de estrategias discursivas orientadas a presentar su caso lo mejor posible en términos de la ideología dominante, con el fin de alejar de sí toda sospecha de que ellas hayan podido tener alguna responsabilidad en la producción del aborto.

Con una legislación restrictiva para la práctica del aborto, los abortos espontáneos en México están lejos de ser no-problemáticos para las mujeres. Bien porque sobre las mujeres pesa el mandato de que todo embarazo debe llevarse a término, y por lo tanto cada mujer es responsable si ello no ocurre así; o bien porque la categoría de aborto espontáneo es un espacio donde muchas mujeres que han tenido un aborto inducido buscan refugiarse, manejando la información convenientemente, con el fin de evitar los concomitantes procesos de estigmatización y culpa.

En un estudio sobre la experiencia de las mujeres pobres atendidas en el servicio de emergencias de un hospital público por un proceso de aborto, presentado como

“espontáneo”, documentamos las diversas estrategias de sobrevivencia moral que estas mujeres elaboran para enfrentar las sospechas y la culpabilización de que son objeto en los diferentes momentos del proceso, así como para manejar el estigma asociado a una conducta que transgrede las normas sociales en torno a la reproducción y la maternidad. Identificamos cuatro estrategias: a) presentarse como mujeres que aceptan y viven de acuerdo con las normas sociales en torno a la maternidad; b) señalar que desconocían que estaban embarazadas; d) argumentar que sí deseaban el embarazo; y e) presentar el aborto “espontáneo” como producto de un accidente o de la voluntad de Dios. Este estudio muestra que, lejos de ser meras receptoras pasivas de los mandatos sociales acerca de la maternidad obligatoria que pesan sobre ellas, las mujeres se encuentran en permanente actividad (de re-significación de las conductas, de manejo de las condenas sociales, etc.), lo que les permite oscilar estratégicamente entre los márgenes de un discurso normativo aparentemente uniforme pero que ellas saben interpretar con la ambivalencia necesaria para asegurar su supervivencia moral (Ervti, Castro y Collado, 2003).

El análisis de sus narrativas pone de manifiesto el enorme esfuerzo que despliegan las mujeres para escapar a cualquier intento de culpabilización tanto por no haber prevenido el embarazo como por haber inducido el aborto.

#### *a) Aceptación de los regímenes médicos en torno al embarazo*

Una primera estrategia consiste en mostrarse como mujeres que “juegan de acuerdo con las normas” y que, por lo tanto, no son sospechosas de ser acusadas de haber hecho algo “equivocado”. Los regímenes médicos en torno a la reproducción establecen la necesidad de que las mujeres planifiquen sus embarazos y desde los servicios de salud reproductiva se “promueve” el uso de métodos anticonceptivos, principalmente los femeninos, poniendo la responsabilidad de los embarazos en las mujeres. Que las mujeres sean culpabilizadas por su fertilidad y por no haber evitado los embarazos no deseados, explica el tono auto-exculpatorio con que muchas de ellas dan cuenta del origen de su embarazo (no-planeado y no-usuaria de anticonceptivos), haciendo *demonstración* de sometimiento a las normas que emanan del discurso médico dominante.

#### *b) Desconocimiento o ambigüedad con el embarazo*

Además de culpabilizar a las mujeres por tener embarazos no planeados, el discurso dominante las responsabiliza de los cuidados que deben tener, así como del resultado del embarazo. Las normas regulatorias del comportamiento de las mujeres embarazadas -lo que debe y no debe hacer una mujer- para el desarrollo “normal” del embarazo, etiqueta como “imprudentes” a las mujeres que no cumplen con los cuidados adecuados y pierden

el embarazo. Para evitar estas acusaciones, una segunda estrategia a la que recurren las mujeres es su apelación al *desconocimiento* de que estaban embarazadas. Pero las mujeres se esfuerzan por demostrar que su desconocimiento es selectivo: al tiempo que señalan que no sabían que estaban embarazadas, insisten en que sí conocen lo que desde el discurso médico se les indica que *deben saber*.

Las mujeres expresan su conocimiento de los cuidados que toda mujer embarazada debe tener, de conformidad con los regímenes médicos reproductivos, pero estas normas de cuidados suelen estar en contradicción con las condiciones de vida de las mujeres pobres, que deben realizar permanentes esfuerzos físicos: "(el doctor me dijo) *que estuviera yo tranquila, que no me preocupara por nada, que eso le puede hacer daño al bebé... lo único que me recomendó que yo tuviera reposo. Pero, o sea, 'acuéstese no haga quehacer, no haga nada, no le recomiendo que barra, ni que saque agua de su tanque [...] ni que esté lavando, es lo único que le recomiendo*". Así, al tiempo que demuestran conocer las normas de cuidados que debe acatar toda mujer embarazada, estas mujeres encuentran una explicación de porqué no cumplen con esas normas: no sabían que estaban embarazadas. Esta actitud ambigua respecto a su embarazo es sustentada principalmente en la irregularidad de su ciclo menstrual.

El *desconocimiento* de su embarazo les libera también de la responsabilidad por no acudir oportunamente en busca de atención médica ante los primeros síntomas del aborto. El desconocimiento unido a la semejanza de los primeros síntomas con la menstruación, "*pensé que era una regla normal*", justifican que muchas mujeres opten por pasar largas horas en su propia casa, observando el curso de sus síntomas o atendidos sólo de manera doméstica, antes de acudir a los servicios de salud. Una joven que ingresó al hospital con aborto séptico narra su proceso en la casa: "*en la mañana me desmaye y no sentí, me echaron alcohol... estuve así casi todo el día... no más sentí fríos y calentura, una señora fue y me puso suero con vitamina... después yo ya no supe*".

### c) "Aceptación" del embarazo

Una tercera estrategia exculpatoria consiste en mantener una actitud ambivalente respecto al deseo del embarazo, afirmando que aunque no habían planeado ni deseaban el embarazo ya lo habían aceptado, anexando los discursos religiosos que ordenan la aceptación de todo embarazo. Con este argumento, las mujeres buscan escapar a la etiquetación de "sospechosas", bajo la lógica de que si ya lo habían aceptado no había razón por la que ellas hubieran podido hacer algo para interrumpirlo.

Ante el señalamiento social y médico, que condiciona el ambiente de sospecha de que es objeto una mujer cuando se presenta en el hospital con un proceso de aborto, las mujeres

construyen sus propios significados del aborto, elaborando en la gran mayoría de los casos explicaciones relacionadas con causas externas a su voluntad: con el destino o la voluntad divina, *“Dios lo quiso así”*. Ello pareciera expresar que las mujeres sienten la necesidad de exculparse, dejando claro que su voluntad no estuvo involucrada en este hecho y que, por el contrario, lo aceptaron como parte de un destino que ellas no deciden. Las mujeres argumentan que su intención en este embarazo no era la interrupción y que ellas, aunque no hubieran planeado el embarazo, sí lo aceptaban.

#### *d) Accidentes o acciones no intencionales*

Finalmente, una cuarta estrategia exculpatoria consiste en presentar el evento del embarazo como un “accidente”, o como una consecuencia de actividades rutinarias no-intencionales. Las causas del aborto presentadas, como caídas y tareas pesadas, las hacen responsables cuando se realizan intencionalmente para interrumpir el embarazo, por lo que ellas insisten en que no sabían del embarazo: *“me caí una vez pero yo no sabía que estaba embarazada”* o *“me pasó eso, que me caí. Regresé y ya sentía que me dolía la cadera... nada más no pensé que era embarazo... después creí que era embarazo porque me dolía la cadera”*.

Muchas mujeres antes de llegar al hospital acuden con curanderos, farmacéuticos o médicos y reciben tratamientos de medicina tradicional o doméstica como sobos, tés, pastillas o inyecciones. Pero, en tanto la aplicación de estos tratamientos las puede hacer sospechosas de realizar acciones dirigidas a la interrupción del embarazo, todas las mujeres aseguran que con estas acciones buscan evitar el aborto: *“me dieron un té para que no se me cayera”* o *“me puso unas inyecciones, las que son para evitar el aborto”*. Se trata de prácticas que pueden apoyar uno u otro fin: conservar el embarazo o favorecer el aborto. Por su ambigüedad semántica, la visita a la partera es permanentemente invocada como “prueba” de que se hizo mucho para evitar el aborto.

Estas estrategias auto-exculpatorias reflejan que, por lo menos discursivamente, las mujeres endosan las normas sociales que condenan el aborto inducido y culpan y condenan a quienes las transgreden. No obstante, aunque se acepta la asignación de la culpa para las otras, las que cumplen determinados estereotipos, se elaboran argumentos de auto-exculpación, señalando que en su caso no se cumplen esas condiciones.

En síntesis, ante un discurso que responsabiliza a las mujeres y las hace sospechosas de haberse provocado el aborto, las mujeres recurren a una estrategia justificatoria presentando una conducta no-reprobable, y aunque mantienen una actitud ambigua respecto al conocimiento que tenían de su embarazo, aseguran que finalmente sí deseaban que éste se llevara a cabo normalmente. Señalan también que no sabían de éste



cuando ocurrió la causa del aborto, el cual es presentado como resultado de *accidentes o acciones no intencionales*. Asimismo los síntomas del aborto son presentados como semejantes a la menstruación lo que justifica su inmovilización y, en cuanto a las primeras acciones como sobos, tés, pastillas o inyecciones, las mujeres de este estudio argumentan que buscan salvar el embarazo. Finalmente, después de estas estrategias dirigidas a contrarrestar la culpabilización social de las mujeres ante un aborto, la mayoría asegura que su embarazo y aborto son producto o bien de una voluntad externa a la cual se someten como parte de un mandato religioso, o bien de lo azaroso y lo accidental y, por lo tanto, en ninguno de los dos casos les es imputable una responsabilidad.

### ***Miradas médicas y prácticas profesionales***

Como señalamos en el punto anterior, las instituciones médicas y los profesionales de la salud juegan un papel clave en las experiencias reproductivas de las mujeres y en el ordenamiento de género en relación con la sexualidad y la reproducción. Las opiniones y actitudes que los profesionales médicos tienen respecto al aborto, la sexualidad femenina y la maternidad permean su práctica, funcionando como ‘filtros’ que ayudan a evaluar en términos morales a sus pacientes. Esto se traduce en un trato y atención médica diferencial y contribuye a la violación de los derechos de las mujeres. En un estudio llevado a cabo con médicos mexicanos, identificamos tres elementos que contribuyen a la violación de los derechos reproductivos de las mujeres: a) el contexto de condena social y legal del aborto en México, que inhibe el recurso de la demanda frente al maltrato médico; b) la clasificación de las mujeres en diversas categorías morales, a partir de “recursos” como el interrogatorio y el uso del expediente clínico; y c) las normas de género en torno a la sexualidad y el aborto (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

### ***El contexto del aborto: una limitación para la demanda por maltrato***

Los médicos entrevistados en el estudio establecen distinciones precisas entre lo que denominan aborto ‘terapéutico’ y aborto ‘criminal’, y esta distinción, derivada del contexto legal y social restrictivo de la práctica del aborto en México, tiene implicaciones a nivel de la atención médica en las pacientes que acuden a hospitales públicos por complicaciones de un aborto.

En un contexto de penalización como el mexicano, la mayoría de los médicos del estudio percibe a las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto como ‘culpables del estado en que llegan’ e incluso como ‘culpables de un delito’. Esta culpabilización favorece actitudes punitivas y condenatorias hacia las mujeres durante la atención. Las sospechas y la condena son activadas incluso cuando no se encuentran (indicios) síntomas o huellas que demuestren las causas del aborto. Estas actitudes son más hostiles cuando el aborto

ocurre en mujeres que 'no encajan' con el ideal, las normas, y las expectativas bajo las cuales 'debiera' darse un embarazo. El aborto en estos casos tiende a despertar sospechas y a ser interpretado como un evento 'provocado' y la condena se torna profesional y socialmente aceptada.

Lo anterior facilita la violación de los derechos no sólo reproductivos sino también humanos de las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto, en tanto se les considera 'sospechosas' de actuar fuera de la ley, lo que asimismo les dificulta ejercer demandas legales ante el maltrato y abuso recibido por el personal médico. La sospecha de la transgresión jurídica y social mediante la práctica del aborto les sirve de sustento para que las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto no sean tratadas como agentes morales ni como sujetos de derechos. Así la penalización del aborto incrementa la vulnerabilidad social de las mujeres y que éstas vean violentados sus derechos durante los procesos de atención médica de abortos.

Podemos identificar diversas actitudes punitivas hacia las mujeres que demandan atención por complicaciones de un aborto, entre ellas los regañños y las amenazas. Los médicos regañan a estas mujeres, asumiendo que los embarazos no deseados y los abortos son resultado de la 'falta de responsabilidad' y del no-uso de métodos anticonceptivos. También las amenazan con levantar una denuncia ante el Ministerio Público (MP) o, en el caso de que la paciente sea menor de edad, con avisar a los familiares. En ambos casos el castigo implica hacer de dominio público un evento que es ampliamente penalizado socialmente. Los médicos entrevistados en el estudio señalaban que la mayoría de las veces las denuncias al MP no se hacen de rutina, en tanto esto implica complicaciones adicionales para ellos.

Sin embargo, es relevante que los médicos entrevistados mencionan las denuncias al MP como una medida de autoprotección adoptada para prevenir complicaciones legales derivadas de las posibles consecuencias del aborto, como vemos en el siguiente testimonio:

*...apenas hubo un caso curioso en el que llegó esta paciente, no recuerdo bien por qué mecanismo; se detectó que era un aborto inducido, se dio parte por obligación al Ministerio Público. Obviamente la paciente entre todos sus males estuvo en calidad de detenida, se le hizo el procedimiento y estuvo siempre ahí su custodia a la cama. Qué bueno que se detectó esto y qué bueno que se dio parte, porque en esta paciente, a final de cuentas, parece que había una perforación uterina por las maniobras que se había hecho y los familiares ya estaban intentando demandar al médico; afortunadamente el médico detectó esto y dio parte, si él no se da cuenta de que ella ya se había hecho, la culpa se la hubieran cargado a él.*

*Desafortunadamente así estamos nosotros en el aspecto médico, sobre todo institucional, de parte de algunas pacientes que se aprovechan muchas de las veces, de cualquier cosa que hayamos hecho... (E063)*

En este sentido, el contexto legal restrictivo del aborto ocasiona que en la atención post aborto se genere un aparente 'conflicto de intereses' que pareciera confrontar los derechos de las dos partes involucradas en esta interacción (médicos y mujeres) y en donde son las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto las más vulnerables de ver violados sus derechos.

En estas posturas juega un importante papel la diseminación de discursos ideológicos hegemónicos, impulsados desde las instituciones religiosas, entre los profesionales médicos desde las aulas de clase y que influye en su práctica profesional. Es relevante que entre algunos integrantes del gremio médico entrevistado esto empieza a ser cuestionado. Sin embargo, la propuesta es que en la formación médica tenga un 'abordaje científico', una postura 'neutra', sin visibilizar que el aborto es una cuestión política, social e ideológica. Esta postura dificulta asimismo el reconocimiento de las emociones y valoraciones que se ponen en juego en toda relación e interacción social, incluyendo la establecida entre médicos y pacientes.

#### *El interrogatorio, el uso no ético del expediente clínico y la clasificación de las mujeres*

El aborto tiende a ser visto por los profesionales médicos participantes como un evento que ocurre a mujeres con determinadas características. Así, justificándose en la 'necesidad' de conocer la evolución del evento para 'determinar el tratamiento', el personal médico ejerce presiones para que las mujeres 'confiesen' y 'acepten' que se realizaron manipulaciones y/o descuidaron su estado buscando el aborto. También, buscan saber si era un embarazo deseado. Los médicos parten del supuesto de que las mujeres que llegan a atenderse un aborto 'están ocultando algo' por lo que en una relación médico-mujeres, caracterizada por el autoritarismo y la desigualdad de poder, se torna pertinente 'sacar las cosas', mediante lo que se considera una herramienta o 'procedimientos de rutina': "como rutina les tienes que preguntar 'yo empecé a los 14 años', '¿y cuántas parejas?', '5', '¿has tenido un aborto o has tenido abortos?', 'sí', '¿hace qué tiempo?', 'hace 5 años' '¿y qué pasó?', 'fue provocado' y ya ahí queda. Entonces tú te das cuenta que esa muchacha ya tiene 5 parejas, anduvo de allá para acá y metiéndose con fulano de tal y que en una de esas se embarazó y tuvo la necesidad de inducirse el aborto. Con frecuencia, las 'conclusiones' a que se llega a partir de interrogar a la paciente poco tienen que ver con una postura médica tendiente a evaluar la situación 'clínicamente' y determinar un 'tratamiento'. Por el contrario la información obtenida por

el interrogatorio médico sirve para 'evaluar' si se trataba de un embarazo deseado o no, si el aborto fue espontáneo o inducido y, finalmente, la historia de vida de las mujeres.

El interrogatorio y expediente clínicos, presentados por los médicos como parte de una 'práctica médica rutinaria', se convierten en herramientas desde las cuales se adquieren evidencias para 'evaluar moralmente' y asignar estereotipos e identidades sociales a las mujeres atendidas por aborto, lo que influye en la atención médica otorgada. A partir de la información obtenida mediante el interrogatorio clínico, los médicos obtienen 'conclusiones' sobre las posibles causas y antecedentes no solamente 'físicos' sino también sociales del evento que les permita 'determinar' si se trató de un aborto inducido o espontáneo.

Se parte de suponer que las mujeres 'están ocultando información' necesaria para 'salvaguardar su vida': *"en el interrogatorio te lo pueden decir, contestan si se hicieron algo, sobre todo cuando se les dice 'si no me contestas pones en riesgo tu vida, dime qué hiciste para saber qué hacer' y es cuando ellas sí dicen 'sí, me hice esto o lo otro, o me tomé esto'. Esa es la forma generalmente de hacerlo, sin ser demasiado agresivo con la paciente porque saben ellas que está en riesgo su vida, es fácil sacarles la información"*. Durante el proceso de atención los médicos, desde una posición de poder, ejercen distintas presiones para 'saber' si el aborto fue provocado. El testimonio anterior también ilustra cómo en las interacciones se ejercen amenazas apoyándose en las repercusiones que el 'ocultamiento' de esta información puede tener sobre la salud e incluso la vida de la mujer.

Aunque los médicos refieren el uso del interrogatorio y del expediente clínico como una práctica médica 'neutra', un análisis crítico interpretativo de sus discursos revela cómo el uso no-ético del interrogatorio y el expediente permite obtener información y usarla para evaluar moralmente a las mujeres. No todos los médicos asumen estas posiciones y las prácticas derivadas; también encontramos discursos que reconocen que no es 'indispensable' saber si el aborto fue o no inducido para tratar el caso en forma clínicamente adecuada.

A partir de estas prácticas clasificatorias se construyen identidades sociales y estereotipos acerca de 'las mujeres que abortan'. En este sentido, los médicos de este estudio mencionan que son mujeres jóvenes, solteras, promiscuas, caóticas e irresponsables. También sobresalen nociones en donde la práctica de un aborto es visualizada como una forma de maña o vicio, un evento de 'rutina', y las mujeres que recurren a él son vistas como mujeres 'inmorales', como se puede apreciar en el siguiente testimonio: *"... el segundo (aborto), ya no de su novio, pues supe que se había dedicado a la prostitución y ya se le había hecho una rutina provocarse los sangrados con alguna medicina..."*. Es

preciso recalcar también que aunque el varón aparece en los discursos como una figura secundaria en el embarazo y el aborto, su ausencia o presencia es central para definir la identidad social de las mujeres que llegan con complicaciones de un aborto.

Las expresiones de dolor o la ausencia de las mismas se presentan como un 'indicador' del deseo o rechazo ante el embarazo que culminó en un aborto. Emociones como el dolor por la pérdida son percibidas como expresiones de cumplimiento con las expectativas sociales que se adecuan a la norma (de desear siempre un embarazo bajo cualquier circunstancia) lo que genera reacciones que pueden ser consciente o inconscientemente expresadas durante la interacción médico-mujeres. Mientras que las expresiones de 'tranquilidad' son vistas, por los profesionales médicos entrevistados, como señales de que las mujeres deseaban o habían provocado el aborto. Durante la interacción de las mujeres con los médicos hay continuas evaluaciones y juicios morales para determinar la 'clase de paciente' que se atiende y el tipo de evento (aborto provocado o espontáneo) que se está tratando. Todo ello interviene en la calidad de la atención y el trato que se les da a las mujeres que acuden a los hospitales con abortos incompletos.

Aunque existe la noción de que la probabilidad de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo es alta, en tanto es un período 'crítico' en el desarrollo del embrión, esto no exime de responsabilidad a las mujeres, por no 'haberse cuidado', aún tratándose de un aborto 'espontáneo'. Resalta también que en los discursos de los médicos entrevistados difícilmente se visualiza al aborto como resultado de una falla del método anticonceptivo y a las mujeres que han recurrido a él como personas responsables. Esto se vincula con la relación, socialmente aceptada, del aborto como un evento caótico-transgresor que sólo le ocurre (o mayoritariamente) a personas 'caóticas', desordenadas y/o transgresoras, lo que lleva al ejercicio de una práctica que en ocasiones cuestiona el comportamiento de las mujeres.

En síntesis, los médicos entrevistados evalúan y estereotipan diferencialmente a las pacientes a partir de la pertenencia a determinado grupo social, definido éste por la institución donde llegan a atenderse (asistencia pública / seguridad social). La población atendida en las instituciones de asistencia pública es más vulnerable de ser clasificada en el estereotipo de mujeres jóvenes/solteras que abortan. En esta clasificación se combinan estereotipos no sólo de género, sino también de clase social.

### *Normas de género en torno a la sexualidad y el aborto*

En los discursos de los médicos es común presentar la sexualidad masculina/femenina, como una oposición binaria entre lo incontrolable/controlable. Esto facilita responsabilizar socialmente a las mujeres de las consecuencias del ejercicio sexual, en tanto ellas son las que pueden y deben 'controlarse'. Partiendo de este supuesto toma 'sentido' que entre

los discursos analizados el embarazo sea visto como un problema que las mujeres 'se lo buscaron'. Mientras las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto son percibidas, en general, por el personal médico como responsables del estado en que llegan, el varón está ausente o se presenta como una figura secundaria (casi circunstancial) a la hora de asignar la 'responsabilidad' del aborto.

En los discursos de los médicos entrevistados, sobresalen las frecuentes alusiones al número de madres solteras. "*Es alarmante el número de madres solteras*", se menciona con tono de un peligro que se avecina, semejante a algunos de los discursos de las políticas de planificación familiar de los 80's. Estas referencias a una maternidad fuera de las normas establecidas, las madres solteras, se suma a otra transgresión, las madres adolescentes. Esta 'explosión' de madres solteras es presentada como una expresión de 'la ausencia actual de valores' y, de esta manera, los embarazos de las mujeres 'muy jóvenes' y solteras son vistos como una 'amenaza', una doble transgresión contra el orden social y la normatividad hegemónica, tal como narraba uno de los entrevistados en una crítica a los comportamientos que, desde su punto de vista, atentan contra los "valores de la familia" y en contra del caos: "*no tengo un hijo de una y otro de otra, porque entras en lo que sería, aparte de una promiscuidad, acabar con los mismos valores de la familia*". En la mayoría de testimonios a la categoría de transgresión se suma la de 'irresponsabilidad' vinculada con identidades sociales estereotipadas.

Un contexto social que establece como un mandato social para las mujeres el control de la reproducción y las designa como responsables únicas de hacer frente a las consecuencias del ejercicio sexual, es el que dota de 'sentido' para que sean también ellas las únicas 'culpables' ante un embarazo no deseado o incluso un aborto. Las mujeres son socialmente visualizadas como las que 'atentan' contra el 'orden social' por lo que sus cuerpos deben ser disciplinados, controlados y, en caso de transgresión, penalizados. En el caso particular del aborto, el contexto social mexicano promueve la activación y el despliegue de 'sospechas' y estereotipos que hacen referencia a que las mujeres jóvenes y solteras que llegan a atenderse complicaciones de un aborto 'se lo provocaron' o 'deseaban el aborto' y, al no cuidarse, indirectamente lo indujeron.

El aborto inducido cuestiona y transgrede el mandato de maternidad impuesto a las mujeres, y es justo desde una institución, la medicina, con un estatus profesional y social de 'neutra' y 'científica' en donde se reproducen y generan mensajes y prácticas sociales tendientes a mantener el orden social establecido. Al mismo tiempo, esta entidad también ha estado expuesta, por lo menos parcialmente, al discurso de los derechos de las mujeres a decidir, y se sabe, al menos en cierta medida, de los avances legales logrados en otras partes del país.

## Para concluir

Los puntos desarrollados muestran las distintas formas en que el contexto legal y los discursos sociales y profesionales sobre el aborto y sobre el papel de las mujeres en la reproducción condicionan las experiencias del aborto y las condiciones para el ejercicio del derecho a la libre decisión. Esto se evidencia tanto en la adopción que las mujeres hacen del discurso dominante, como en las estrategias para evadir la sospecha y/o culpabilidad sin negar dicho discurso. Se puede advertir la habilidad de estas mujeres para elaborar estrategias de manejo de su proceso de aborto, manteniéndose en permanente actividad para re-significar las conductas y el manejo de las condenas sociales.

En los estudios presentados se muestra una forma específica en que mujeres mexicanas pobres actúan para afrontar los procesos de aborto y los embarazos no deseados. Son estrategias elaboradas desde su posición de subordinación por el hecho de ser mujeres, y por las condiciones concretas de vida. Las mujeres pobres y marginadas, conscientes de su posición doblemente subordinada, prescinden del discurso reivindicativo y sin cuestionar el sistema que las obliga a llevar a “buen término” un embarazo no planeado, elaboran estrategias, más fácilmente aplicadas dada su invisibilidad al disfrazarlas de sumisión y aceptación formal de las normas sociales. Aún en los casos de subordinación extrema, las mujeres parecen estar encontrando las mejores maneras de actuar según su propia voluntad, echando mano de los recursos que el propio discurso dominante ofrece para evitar ser condenadas.

El contexto penalizador del país, salvo en el DF, obliga a las mujeres a actuar en la clandestinidad lo que constituye una limitante para que las mujeres acudan en demanda de atención para las complicaciones de abortos inducidos o de abortos espontáneos. Las mujeres mantienen en secreto los embarazos y los síntomas de aborto, esperando que se resuelvan espontáneamente sin la intervención y conocimiento incluso de su red social. Esto origina que la mayoría de los abortos lleguen al hospital en condiciones de extrema urgencia y que, además, por su condición de abortos deben enfrentar las actitudes negativas de muchos médicos, tal como vimos anteriormente. El hecho de que las mujeres de este grupo hayan retrasado la búsqueda de atención hasta los momentos de extrema gravedad es una clara indicación de las condiciones de marginación socioeconómica que las caracteriza y pueden ser también del contexto de condena que rodea a cualquier forma de aborto.

En contextos restrictivos de la práctica del aborto, es necesario trabajar en acciones de difusión orientadas a contrarrestar las imágenes estereotipadas de las mujeres que tienen un aborto. Así como realizar intervenciones a nivel de los profesionales de la salud para modificar actitudes negativas, culpabilizadoras y de sospecha hacia las mujeres en los

servicios de atención post aborto, eliminando barreras para la demanda oportuna de atención médica ante los primeros síntomas. Asimismo se delinearán problemas de diferente orden sobre los que se podría intervenir, por una parte, los determinantes de orden socio-político sobre la condición de estigma y delito del aborto que definen las prácticas y actitudes frente al mismo, tanto de los profesionales como de la sociedad y que como vimos se constituyen en elementos que condicionan el apoyo e incrementan el riesgo para las mujeres que presentan un aborto. Por otra parte, y más allá de las condiciones estructurales de pobreza y marginación, las mujeres afrontan condiciones que disminuyen la capacidad de control de su vida, por lo que fortalecer estos elementos ayuda importantemente en la evolución y el control de sus vidas

## Referencias

Casas, L. (2009). "Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile". *Reproductive Health Matters* 17(34): 78-87.

Cook, R.J., Dickens, B.M. (2009). "From reproductive choice to reproductive justice". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106: 106-109.

Erviti J, Castro R, Collado A (2004). Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and "spontaneous" abortion. *Qualitative Health Research*, 14 (8):1058-1076.

Erviti J, Castro R, Sosa Sánchez IA (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos*, vol. XXIV, núm. 72, pp. 637-665.

Fawcus, S.R. (2008). "Maternal mortality and unsafe abortion". *Best practice & research clinical obstetrics and gynaecology* 22(3): 533-548.

García, SG, Lara D, Goldman I (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*, 139 (Sup.): S91-S102.

GIRE (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México, D.F.: Grupo de Información en Reproducción Elegida.

Grimes, D.A. (2003). "Unsafe abortion: the silent scourge". *Medical British Bulletin* 67: 99-113.

Juarez, F, Singh S (2012). Incidence of induced abortion by age and state, Mexico, 2009: New estimates using a modified methodology. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2): 58-67.

Lagarde, Marcela (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas*. México DF: UNAM.



Lisker, R, Carnevale A, Villa AR (2006). Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. *Rev. Invest. Clin*, 58: 305-312.

Myers, J.E., Seif, M.W. (2010). "Global perspective of legal abortion – Trends analysis and accessibility". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 24: 457-466.

Rich, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Valencia: España: Cátedra.

Richardson, E., Birn, A.E. (2011). "Sexual and reproductive health rights in Latin America: an analysis of trends, commitments and achievements". *Reproductive Health Matters* 19(38): 183-196.

Silva M, Billings DL, Garcia SG, Lara D (2009). Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*, 79: 56-64.

Sousa, A, Lozano R, Gakidou E (2010). Exploring the determinants of unsafe abortion: Improving the evidence base in Mexico. *Health Policy and Planning* 25(4): 300-310.

Vance, Carole (1992). "Pleasure and danger: toward a politics of sexuality". In Carole Vance (ed.). *Pleasure and danger. Exploring female sexuality*. London, Pandora, Harper Collins Publishers.