



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Lamas, Marta

Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF
Salud Pública de México, vol. 56, núm. 1, enero-febrero, 2014, pp. 56-62
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10631162008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENSAYO

Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF

Marta Lamas, D en Antrop.^(1,2)

Lamas M.
Entre el estigma y la ley.
La interrupción legal del embarazo en el DF.
Salud Publica Mex 2014;56:56-62.

Lamas M.
Between the stigma and the law.
Legal abortion in Mexico City.
Salud Publica Mex 2014;56:56-62.

Resumen

Este artículo se origina en una investigación llevada a cabo mediante metodologías cualitativas de las ciencias sociales. Su objetivo es compartir algunos de los avances del estudio realizado en una clínica del Gobierno del Distrito Federal para explorar los efectos de la implantación de la interrupción legal del embarazo (ILE) en el personal que proporciona este servicio sanitario. Se subraya que además de disminuir los riesgos en la salud de las mujeres, la ILE con misoprostol impulsó un cambio de actitud de muchas usuarias, lo que expresa una disminución de los efectos negativos provocados por el estigma, aunque se sigue detectando la persistencia del estigma en las opiniones del personal sanitario. El fortalecimiento personal de las mujeres que se someten a este procedimiento legal se debe a que llevan a cabo el ejercicio pleno de un derecho.

Palabras clave: aborto legal; actitud de las usuarias; opiniones del personal de salud; misoprostol

Abstract

The present contribution is part of a research developed with qualitative social research methods. It offers part of the results attained in a study performed at a clinic belonging to Mexico City's Government, and explores the effects on staff of the implementation of Legal Pregnancy Termination (ILE, for its initials in Spanish). The results highlights that, besides diminishing health risks in the women who abort, the use of misoprostol prompted assertive attitudes in many women, that reduced the negative effects produced by the stigma of abortion. It also acknowledges the persistence of stigma in the opinions of the health personnel. The empowering of the self-image of women who become subject to this procedure is due to the full exercise of their legal right.

Key words: legal abortion; attitude of women patients; opinions of health personnel; misoprostol

1. La biotecnología del aborto con medicamento

Las tecnologías médicas que penetran el cuerpo e intervienen la vida biológica reciben hoy el apelativo de biotecnologías. Aunque son distintas a las prácticas disciplinarias que Foucault¹ califica de “tecnologías

políticas del cuerpo”, algunas resultan “tecnologías políticas” en un sentido liberador, pues potencian la capacidad de decisión de los seres humanos sobre sus cuerpos. En el caso de las mujeres es evidente que el proceso de gestación y parto históricamente ha limitado sus opciones de vida. En la actualidad, millones de mujeres, las que viven en sociedades desarrolladas y que tienen

(1) Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

(2) Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

recursos económicos e informativos, han podido superar algunos determinismos biológicos del pasado a partir de ciertas biotecnologías: con el uso de anticonceptivos evitan quedar embarazadas, conciben con técnicas de fertilización asistida y abortan sin riesgos. Estas biotecnologías, además de quebrar los supuestos tradicionales del destino biológico femenino –felizmente, ni mucha de la esterilidad ni los embarazos no deseados son ya situaciones irremediables– hacen algo novedoso y radical: al generar cambios en las conciencias de quienes las utilizan, insertan otra dinámica en algunas de las relaciones que constituyen la vida social y política. Lo notable es que lo que Foucault denominó “el poder disciplinario” no logra cancelar la potencia política de estas intervenciones que resultan contestatarias dentro del régimen de gobernanza patriarcal de los cuerpos.

Un ejemplo paradigmático de esto es la biotecnología del aborto con pastillas. En la Ciudad de México, la decisión de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (DF) de introducir este método instauró la posibilidad de un ejercicio de ciudadanía de las mujeres, inédito hasta entonces. No creo que ninguna otra decisión gubernamental haya logrado algo similar. Lo que quiero reflexionar aquí es que al mismo tiempo que esta biotecnología realiza una especie de reorganización biológica en el cuerpo de la mujer, también impacta simbólicamente a otros sujetos y produce cambios sociopolíticos.

La introducción en abril de 2007 del servicio de interrupción legal del embarazo (ILE) significó igualar el acceso de todas las habitantes de la ciudad a un aborto seguro. Pero no sólo eso. Al ofrecer poco después la ILE con misoprostol, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF) posibilitó una relación distinta entre los prestadores de servicio y las usuarias. Aunque en otros países este tipo de aborto se utiliza desde hace más de treinta años, las cuestiones ideológicas en torno a la interrupción del proceso de gestación han supuesto un obstáculo a que se difunda. No obstante las razones para abortar vienen dictadas por las circunstancias personales de las mujeres y no por la supuesta “facilidad” de los métodos, los grupos conservadores consideran que precisamente la “facilidad” del aborto con pastillas incrementa el número de abortos, además de que temen que las propias mujeres se administren solas el medicamento y no acudan a la posterior revisión ginecológica que garantiza que no surjan complicaciones por la presencia de residuos.

La biotecnología del aborto con pastillas tiene varias ventajas, entre las que destaca subsanar las limitaciones de recursos sanitarios, la escasez de personal, la dificultad de acceso a servicios de salud en áreas remotas e, incluso, la objeción de conciencia de parte de algunos médicos. En otros países, personal cuyo entrenamiento es similar –o incluso menor– al de enfermería está a

cargo del aborto con medicamento en servicios médicos básicos e intermedios.²

Algo nuevo que ha originado el uso de esta biotecnología en el DF es que está perfilando una relación menos autoritaria entre los prestadores de servicio y las ciudadanas que acuden al servicio gubernamental de ILE. Una nueva perspectiva crítica sobre la relación de los prestadores de servicio y las usuarias ha puesto en la mira la discriminación y el maltrato hacia las mujeres.³ Desde dicho enfoque se han investigado las prácticas arbitrarias de muchos ginecólogos, basadas en prejuicios sexistas, y se ha exhibido el sistema de normas y valores patriarcales que le niega a las mujeres la facultad de decidir sobre sus cuerpos y vidas.⁴⁻⁸ Desde el activismo feminista se ha denunciado la actitud machista de la mayoría de los médicos (médicas incluidas, pues el machismo no es cuestión de cuerpos sino de mente) y muchas académicas han criticado el papel clave que éstos tienen como guardianes (*gatekeepers*) de una serie de procedimientos que les permitirían a las mujeres alcanzar el control sobre sus procesos reproductivos, como es el caso del aborto con medicamento.

La conducta de los médicos no es una cuestión de maldad o mala voluntad, sino de algo mucho más complejo, como lo explican atinadamente Erviti, Castro y Sosa.⁹ Estos autores plantean que tal conducta reproduce el funcionamiento de la sociedad y, en concreto, del campo médico, y señalan que “los estereotipos dominantes de género, que a los agentes se les presentan como *principios de explicación* de su práctica y de la de sus pacientes, en realidad cumplen una función reproductora del orden social dentro del cual se originan”. Roberto Castro³ ha profundizado esa línea y explora las relaciones de poder y las prácticas en el campo médico, y rastrea la génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva, desde los años de formación universitaria hasta la especialización, pasando por la residencia. Este investigador da un panorama de cómo se va construyendo la autoridad del médico: desde la imagen (el color blanco de la bata indica cierta pureza y superioridad moral) hasta las actitudes autoritarias, sostenidas mediante disciplinamiento corporal como los castigos (guardias complementarias). Castro toma la perspectiva interpretativa de Bourdieu,^{10,11} y habla de los *habitus*, esos esquemas de percepción y acción que los seres humanos introyectamos. Según Bourdieu, el *habitus* es un mecanismo de retransmisión por el que las estructuras mentales de las personas encarnan y toman forma en la actividad de la sociedad. Castro califica de autoritario y sexista el *habitus* profesional de los prestadores de servicios y señala que les permite actuar dando por sentadas las jerarquías existentes y reproduciendo en la práctica las concepciones patriarcales predominantes en el campo médico. Por su parte, Cristina Herrera¹² señala

que “la propia estructura de autoridad del orden médico, que es normativo, excluyente, masculino y paternalista en el mejor de los casos, vuelve muy difícil un cuestionamiento desde la visión tradicional de las mujeres”. Los prejuicios sexistas y la doble moral machista, inherentes a un sistema de normas y valores patriarcales, favorecen las actitudes arbitrarias del personal médico, además de que, como señala Schraiber, hay una total disparidad de poder de las usuarias frente al “enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno, como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social”.¹³

Las posturas de los ginecólogos mexicanos en relación con el aborto no difieren mucho de las de otros profesionales de América Latina.¹⁴ No sólo en México, sino también en otros países del continente, el gremio se muestra muy conservador respecto al aborto voluntario, también llamado inducido. Al revisar los estudios sobre las actitudes de los médicos mexicanos ante el aborto, que en su mayoría se hicieron cuando estaba penalizado el aborto voluntario,¹⁵⁻¹⁸ los médicos hablaban no sólo de lo frustrante que les resulta realizar el procedimiento sino de que es demasiado costoso para la institución canalizar tiempo y recursos a atender abortos. Precisamente, entre las ventajas de esta biotecnología se encuentra, además de la de reducir el riesgo por la etapa más temprana en la que se aplica y la de relevar al personal de salud de realizar directamente la intervención, la de bajar los costos hospitalarios. De ahí que sea un tanto escandaloso que no se use el aborto con pastillas en los hospitales públicos de todo el país, pues todas las entidades federativas tienen causales de aborto legal. Así como a todas las mujeres que llegan a denunciar una violación habría que darles dentro de un protocolo de rutina anticoncepción de emergencia e informarlas sobre su derecho a tener un aborto si ésta no funcionara, también se les debería ofrecer el aborto con medicamento. Todas las mujeres en México que tienen derecho a interrumpir legalmente sus embarazos de acuerdo con ciertas causales establecidas en los códigos penales de sus entidades federativas deberían poder acceder a la biotecnología de las pastillas. A las razones de salud pública para usarlas se suma la consecuencia positiva de que introduce un cambio en la relación entre la usuaria y el prestador del servicio. La utilización de la biotecnología del aborto con pastillas se perfila como una decisión de racionalidad médica laica que se vincula con el desarrollo de un imperativo político democrático: equilibrar la relación de las usuarias con el personal de salud. La ILE significa la posibilidad concreta de operar un esquema de atención más igualitario entre las mujeres, con indiferencia de la clase social a la cual pertenecen. Enfrentar la desigualdad que existe en Méxi-

co y ofrecerles un servicio mejor a las ciudadanas deberían ser asuntos prioritarios en la agenda política. ¿Qué sentido tiene ignorar los avances de la biotecnología, en especial, los beneficios que tiene para la salud pública? Tomar a la ILE como un objeto de disputa ideológica es darle la espalda a la democratización de la salud.

Uno de los focos principales de tensión de la práctica médica contemporánea es su reformulación con criterios de modernidad. Esto implica varias cuestiones, que rebasan esta reflexión, pero en el caso concreto que aquí analizo dicha reformulación se expresa en el aprovechamiento de técnicas que mejoren la atención médica así como en el respeto a los derechos humanos de las personas. La ética laica respecto al aborto lo conceptualiza como un derecho de las mujeres, y la argumentación jurídica conduce a plantear que el Estado lo debe ofrecer como un servicio de salud.¹⁹ Pero en el amplio campo de la política nacional, la postura despenalizadora se enfrenta con las posiciones conservadoras y eclesíásticas, lo cual, indudablemente, polariza la disputa y dificulta la toma de una decisión de salud pública. Para desarmar las medidas de control patriarcal dirigidas a preservar el *statu quo* en varios ámbitos de la vida social se requiere que el Gobierno esté comprometido con el respeto a la laicidad y con el derecho de las mujeres a decidir sobre los procesos que se dan en sus cuerpos. Por eso es que la potencia democratizadora del aborto con medicamento requiere de lo más difícil: voluntad política.

2. Estigma y desdramatización de la ILE

Cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) empezó a debatir el proyecto de reformar el Código Penal para sustituir en la Ciudad de México el sistema de causales de no punibilidad del aborto por el de plazos, el entonces Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Dr. Manuel Mondragón y Kalb, se dio cuenta de que si la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas se legalizaba, esto lo obligaría a reestructurar el servicio ginecológico en sus hospitales para garantizar que ese derecho de las mujeres se tradujera en una atención adecuada. Ante la gran probabilidad que existía de que dicha reforma se aprobara, el Dr. Mondragón y Kalb estableció una relación de trabajo con las organizaciones civiles que acompañaron el proceso de despenalización y entró en contacto con organizaciones internacionales que dan servicios similares. Así contó con información de punta para planear y organizar un modelo de atención que aprovechara buenas prácticas ya probadas en otras partes del mundo. Al día siguiente de la publicación de la reforma en el Diario Oficial, la Secretaría de Salud del GDF desplegó sus recursos materiales e imaginativos y sus hospitales estuvieron listos para dar el servicio y

atender una demanda desconocida (¡y que temía que lo rebasara!).

Como se esperaba, desde un inicio hubo resistencias de parte del personal médico y de enfermería, tanto por que se vivió la realización del procedimiento como una carga extra de trabajo como por la vivencia ideológica respecto al mismo. Según la ley del DF, el hospital público tiene la obligación de realizar los abortos legales y la objeción de conciencia sólo es válida para quien realiza el procedimiento. Las enfermeras no tienen derecho a objetar, pues su función es solamente la atención de la paciente y no realizan directamente la intervención. Muchos médicos se declararon “objetores” y el respeto a la objeción de conciencia dificultó la atención de la ILE en varios hospitales del GDF. Además, los grupos antiaborto tensaron el clima laboral pues hostigaban al personal; incluso lo agredían directamente y entre sus insidiosas protestas rezaban el rosario con altavoces frente a los hospitales.

Ante una demanda de ILE que iba en aumento, la Secretaría de Salud del GDF decidió introducir el aborto con pastillas, una opción que releva a los médicos de realizar el legrado. Es un método seguro, de alta efectividad, y los estudios al respecto demuestran que 95% de los abortos inducidos por esta vía son exitosos. Este tipo de procedimiento se usa desde 1980 y su ingesta permite interrumpir un embarazo antes de las 10 semanas sin necesidad de hospitalización ni intervención quirúrgica. Además, la ILE con medicamento tiene el valor agregado de posicionar a las usuarias como sujetos capaces de asumir una corresponsabilidad en el proceso, y obliga a confiar en que llevarán a cabo adecuadamente las instrucciones en sus hogares y regresarán a la revisión.

¿Qué ocurrió en la clínica del GDF cuando, de intervenir los cuerpos de las mujeres, se les dio unas pastillas para tomar en casa? Tanto la legalización como la biotecnología han alentado una transformación de actitudes y prácticas en los dos grupos involucrados: el de las usuarias del servicio y el del personal de salud. Dos académicas de la UAM-Xochimilco²⁰ llevaron cabo un estudio entre las usuarias, justo después de la reforma legal y un año más tarde. Las investigadoras señalan que “la legalización marcó un cambio formal, no sólo en la práctica del aborto sino en la concepción que tiene de sí misma quien toma esa decisión. Inmediatamente después de la reforma, las mujeres pasaron de ser delincuentes a usuarias legítimas de un servicio público”. También subrayan que “la legalización, y especialmente la prestación estatal del servicio, fue interpretada por las mujeres como un respaldo y legitimación social de su derecho a decidir sobre su reproducción, lo cual puede facilitar las condiciones para el ejercicio de su

autonomía y autodeterminación como personas sujetos de derechos”. Al pasar del miedo a la seguridad, las usuarias viven la intervención como “un alivio”. Por eso las investigadoras concluyen que “la reforma al Código Penal y la Ley de Salud del DF ha traído consigo condiciones que transforman radicalmente la experiencia del aborto en una posibilidad que refuerza la construcción de las mujeres como sujetos autónomos con derechos a decidir plenamente sobre su cuerpo y su vida”.²⁰

Por otra parte, también hay transformaciones en quienes atienden a las usuarias. En una investigación* que hice en la clínica del GDF que concentra el 90% de las ILE que se realizan entrevisté a todo el personal. Si bien las respuestas a mis preguntas directas fueron “políticamente correctas”, a lo largo de las entrevistas surgieron expresiones que se salieron del discurso normativo: una cosa es lo que se dice deliberadamente y otra la que surge espontáneamente, cuando menos se lo piensa.

Al indagar entre el personal sobre cómo había vivido el hecho de que las usuarias cumplieran adecuadamente las indicaciones y luego regresaran simplemente a la revisión, encontré que, a diferencia de las autoridades del GDF, que sí valoraban la forma en que las mujeres cumplían estrictamente las instrucciones,²¹ no todo el personal en la clínica otorgaba importancia a esa conducta responsable. La Secretaría de Salud del GDF explicitó claramente en el protocolo de capacitación para el personal que atendería la ILE que había que tratar a las usuarias sin juicios moralistas: “respetar la decisión de las mujeres y no juzgarlas”. Sin embargo, a una parte del personal se les “escaparon” ciertos epítetos –“exigentes”, “abusivas”, “difíciles”–, para calificar una inédita actitud asertiva de muchas usuarias. También incomodó la ausencia de culpa, que se calificó de “desinhibición” o “descaro”. Esas usuarias “desinhibidas” y “descaradas” son expresión de un fenómeno reciente: la creciente desdramatización de la vivencia del aborto. Al efecto desculpabilizador que otorga la legalidad se suma la ausencia de drama que produce la ingesta de pastillas en la casa, tan lejana de las imágenes tenebrosas de los consultorios ilegales con sus legrados sangrientos y mortales. Esas conductas “descaradas” y “exigentes” se alejan de la pasividad acostumbrada de las “pacientitas”¹² y muestran el giro hacia una apropiación, tosca si se quiere, de la ILE como su derecho ciudadano.

Los comentarios de incomodidad y molestia de algunos integrantes del personal me remiten a lo presente

* Lamas M. Despenalización, responsabilidad y respeto. El impacto de un método de interrupción legal del embarazo en el clima laboral de un centro de salud del Gobierno del DF. Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, 2011. Documento sin publicar.

que todavía se encuentra el estigma. Interpreto los dichos del personal ante las usuarias desinhibidas y asertivas no sólo como consecuencia del *habitus* sino también como un desplazamiento del estigma: como ya no pueden rechazar la ILE por su legalidad, desplazan su repudio a las actitudes atípicas, no sumisas, de las usuarias. La fuerza del estigma católico sobre el aborto, inserto en el tejido cultural, influye en las creencias ciudadanas y los discursos de mucho del personal sanitario. Los estigmas se crean sobresimplificando,²² y el del aborto no es una excepción. Calificar de criminales a las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado y a los profesionales que las atienden es parte de las estrategias deslegitimadoras de los grupos fundamentalistas que se cobijan bajo las enseñanzas dogmáticas de la Iglesia católica. Estigma e injusticia van de la mano. De nada sirve que se muestre que la penalización del aborto recae en las mujeres más pobres y vulnerables, ya que las que tienen recursos abortan ilegalmente en condiciones seguras. Kumar, Hessini y Mitchell²³ lo dicen muy bien: “Además de ser un proceso de desacreditación social, el estigma es un indicador de profundas desigualdades sociales”.

Algo que obstaculiza la ampliación de la ILE en el resto de las entidades federativas es la forma en que ciertos dogmas religiosos influyen en las decisiones políticas, no sólo porque están entrelazados en las tradiciones culturales, en los usos y costumbres de los ciudadanos, sino porque las proclamas de los jerarcas eclesiásticos tienen un efecto en quienes gobiernan y hacen las leyes, y en los dueños de los medios de comunicación. Por el potente poder fáctico de la jerarquía católica, la sociedad mexicana sigue atada a una prohibición antidemocrática que soslaya los graves problemas de justicia social, salud pública y democracia y que provoca la ilegalidad del aborto. En las demás entidades federativas un grave problema ha sido la ausencia de un debate público sobre la libertad procreativa, lo que ha permitido el intento reaccionario de “blindarlas” de una posible despenalización reformando las constituciones locales. Discutir públicamente permite pensar más democráticamente. En el caso del aborto, en lugar de centrarse sobre si es ético que una mujer decida abortar habría que preguntarse si es ético que el Estado la obligue a gestar, parir y criar a una criatura no deseada. Una perspectiva más amplia de reflexión sobre el tema ayuda a desmitificar el simplismo que estigmatiza la decisión de las mujeres.

Ahora bien, aunque la Secretaría de Salud del GDF ha establecido nuevas normas profesionales para atender mejor la demanda de las usuarias, la sociedad no se cambia por decreto: los *habitus* persisten y siguen reproduciendo esquemas y creencias tradicionales. Y aunque interrumpir un embarazo es un procedimiento médico sencillo, que debería ser parte integral de cual-

quier programa de salud reproductiva, el estigma sigue presente. Esto se puede ver en la notoria ausencia de entrenamiento al personal de salud en abortos inducidos (no sólo con pastillas sino con aspiración, sea manual o con máquina), hecho que se da, incluso, en instituciones públicas del nivel de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Otra señal más de permanencia del estigma es que en los seguros médicos no está incluido el pago de la ILE cuando se lleva a cabo en hospitales privados.

No obstante los problemas, algunos médicos y enfermeras reconocen derivar gran satisfacción del servicio de ILE, porque así se evitan las complicaciones y muertes producidas por la clandestinidad del aborto ilegal. Además, cuando las organizaciones no gubernamentales y la secretaría organizaron foros y encuentros con investigadores y funcionarios de otros países, muchos médicos y enfermeras se sintieron parte de un proyecto progresista, único en el país y respaldado internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

3. El efecto democrático de la ley

Inicié esta reflexión señalando que la biotecnología del aborto con medicamento se vuelve una tecnología política en la medida en que impacta el pensamiento, las costumbres y los *habitus* de las usuarias y del personal que las atiende. Al impulsar la ILE desde una perspectiva laica, la Secretaría de Salud del GDF puso a la Ciudad de México no sólo a la vanguardia del tratamiento médico en relación con el aborto sino también en el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres. Además, el servicio gratuito borró la desigualdad clasista en el acceso a un aborto seguro; y al considerar la ILE como un derecho de todas las mujeres, también lo otorgó a todas las habitantes del país, aunque no residan en el DF. Al insertar la biotecnología de aborto con pastillas dentro de su modelo de atención, la Secretaría de Salud del GDF impulsó a su personal a tratar a las mujeres como sujetos capaces de comprender lo que está en juego en el proceso de ILE con medicamento. Y aunque todavía tiene peso el estigma católico que califica al aborto como un asesinato, el hecho de “normalizar” el procedimiento de ILE ha ido erosionando el temor y la culpa que solían acompañar a dicha intervención.

En el marco del avance democrático que tanto anhelamos parecería indispensable incluir la despenalización del aborto como un servicio que responde a la demanda insatisfecha de las mujeres de todo nuestro país. Pero la realidad ha sido otra. Mientras en la Ciudad de México se llevaba a cabo el proceso relatado, el gobierno panista prohibió –por cuestiones meramente ideológicas– que las

clínicas del IMSS y el ISSTE y los hospitales de la Secretaría de Salud federal ubicados en el DF (entre los que se encuentra el Hospital de la Mujer) ofrecieran el servicio de ILE. Las instituciones públicas no deben regirse con criterios religiosos y aquellas ubicadas en el DF no cumplen con la ley. La negativa del gobierno panista fue una falta de respeto a la laicidad que debería ser constitutiva de las políticas públicas. A partir del triunfo electoral del PRI en 2012 ¿se negará el gobierno federal priísta a usar una biotecnología que tiene la ventaja de bajar los costos hospitalarios, reducir el riesgo por la etapa más temprana en la que se aplica y relevar al personal de salud de realizar directamente la intervención? Si el PRI no enmarca con laicidad la política de salud perpetuará la desigualdad entre las mujeres con recursos y las que no los tienen.

En México, una estimación seria habla de 850 000 abortos inducidos al año.²⁴ Mientras estos cientos de miles de mujeres desafían año con año la prohibición de abortar y acceden a intervenciones clandestinas e ilegales, un número que va en aumento realiza en el DF ese acto de liberación existencial que es la ILE. Ya son más de cien mil mujeres las que desde 2007 han tenido el beneficio de abortar dentro de la seguridad y la gratuidad de los servicios del GDF. La legalidad introduce otra conceptualización del aborto, no sólo entre las usuarias, sino también entre las amistades y los familiares a quienes comunican esa experiencia. Y a pesar de que las fuerzas conservadoras retoman el discurso fundamentalista de la jerarquía católica sobre el aborto y ponen una mordaza al debate público e impiden la difusión de una imagen desculpabilizadora de las mujeres que ejercen su derecho, en el nivel más básico, el de las usuarias y sus personas cercanas, se ve una muy patente transformación, pues mediante el “boca a boca” circula ya una representación de la ILE que tanto por su potencial emancipador como por el debate que produce, representa un avance democrático. La resonancia de la ILE impacta (como esas ondas que crecen cuando se tira una piedra en el agua) a muchas más personas: las amistades y familiares de las involucradas en el procedimiento. Como dice Hopenhayn,²⁵ “La circulación simbólica es cada vez más un modo de extensión del ejercicio ciudadano”. Por eso esta biotecnología no sólo está modificando la vida material de miles de mujeres sino también está introduciendo un mensaje distinto sobre lo sencillo que puede ser un aborto y desdramatizando la vivencia que se tiene en el imaginario social de este procedimiento, por las espantosas experiencias de su clandestinidad. Y esto ocurre a nivel nacional, porque el 25% de las ILE corresponden a mujeres de otras entidades federativas que viajan al DF a recibir el servicio.

Es indudable que la legalidad ha limado las resistencias de algunos médicos aunque, como se puede ver con

los que se siguen declarando objetores, la legalidad *per se* no conlleva en automático una aceptación ni implica que todos estén dispuestos a realizar el procedimiento. En las mentes y en las subjetividades del personal de salud persisten los *habitus* de género (las costumbres, las tradiciones, las emociones) que la cultura instala desde muy temprano. De la confrontación entre *habitus* y legalidad surgen ambivalencias que se manejan de manera distinta según el contexto, los posicionamientos políticos y las presiones familiares.

La maternidad voluntaria y su concomitante derecho a la ILE son temas que conciernen hondamente al proyecto democrático, como una postura ético-política que requiere un determinado diseño de política pública. La libertad de elegir algo tan fundamental como traer un nuevo ser al mundo es uno de los hilos que entretejen la calidad democrática de una nación. Por eso los principios de una democracia moderna pluralista se encuentran presentes en el derecho a interrumpir un embarazo. La exitosa experiencia de la despenalización en el DF se apoya en dos conceptos centrales del pensamiento político democrático: la libertad y la igualdad. La libertad para decidir y la igualdad en el acceso a los servicios médicos. Es precisamente en el acceso igualitario a una toma de decisión libre, informada y apoyada por los servicios de salud donde radica la posibilidad de un ejercicio cabal de la ciudadanía para las mujeres. Y aunque formalizar el aborto como un derecho, e institucionalizar los servicios correspondientes, no llega a deconstruir totalmente los mandatos culturales que tiñen todavía las relaciones de género, es un hecho que sí contribuye sustantivamente a la fundamental autonomía corporal de las mujeres. Además hay que repetir lo obvio: el hecho de que la interrupción del embarazo sea legal no obliga a ninguna mujer a abortar, de la misma forma que la existencia legal del divorcio no fuerza a nadie a divorciarse. Ofrecer la ILE guarda concordancia con la separación Estado/Iglesia, lo que nos confronta aún más con el imprescindible papel de la laicidad en la función pública. Pedro Salazar²⁶ señala que la laicidad no es sólo un diseño jurídico sino un proyecto político e intelectual que tiene trascendencia en múltiples esferas de la vida colectiva. Y aunque a la larga la Iglesia tendrá que aceptar lo que sabe la ciencia, por lo pronto la laicidad es la palanca que se requiere para destrabar en las demás entidades federativas la obstaculización al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Sin duda, la desigualdad socioeconómica es el gran obstáculo para el avance de la democracia en México, sin embargo, ciertas acciones puntuales pueden impulsar procesos que contribuyan a una mayor democratización. La institucionalidad democrática constituye un sistema de garantías de respeto a los derechos individuales, tales como la privacidad y la libertad de creencias, por lo que

una sociedad que aspira a hacer avanzar la democracia requiere “densificar” las bases legales de la ciudadanía, o sea, darle más consistencia o sustancia. Aunque en México el artículo 4 de la Constitución garantiza desde 1974 el derecho a elegir, de manera libre, responsable e informada, el número y espaciamento de los hijos, dicho artículo no habla de las formas o mecanismos para llevar a cabo dicha elección. Por eso se requiere “densificar” el derecho a la ILE, para fortalecer el vínculo entre la vida personal y la política, resolviendo las dificultades que las mujeres enfrentan para desplegar su autonomía. Hace años, Norbert Lechner²⁷ señaló: “Es tarea de la política y una de sus tareas más nobles acoger los deseos y los malestares, las ansiedades y dudas de la gente, e incorporar sus vivencias al discurso público”. Mejorar la vida concreta de las mujeres requiere que los cambios culturales en materia de emancipación femenina sean respaldados por modificaciones legislativas, o sea, que se dicten nuevas leyes o se hagan reformas a las existentes. Todo ello desde un marco de laicidad y de respeto al derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Al convertir un servicio de salud en un lugar de liberación de un destino impuesto, la biotecnología del aborto con medicamento ayuda a transformar la vida material de miles de mujeres e impulsa el proceso de eliminación del estigma. Por eso la experiencia en el DF ofrece una nueva forma de comprender la política a partir de respetar las voluntades de las mujeres, y abrir las prácticas institucionales al uso de la biotecnología. Dicho en otras palabras, la lección que esta biotecnología y la política democrática nos brindan es la de que sí es posible que las mujeres tengan un futuro no condenado por su biología.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Foucault M. Vigilar y castigar. México: Editorial Siglo XXI, 1976.
2. Yarnall J, Swica Y, Winikoff B. Non physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reprod Health Matters* 2009;17 (33).
3. Castro R. Hábitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En: Castro R, López-Gómez A, eds. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Uruguay-México: Facultad de Psicología, Universidad de la República/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010.
4. Ehrenreich B, English D. *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts Advice to Women*. Nueva York: Anchor Books, 2004.
5. Willis E. Abortion: Is a Woman a Person? En: Snitow A, Stansell C, Thompson S, eds. *Power of Desire. The Politics of Sexuality*. Nueva York: Monthly Review Press, 1983.
6. Harrison BW. Our Right to Choose; the Morality of Procreative Choice. En: Andolsen BH, Gudorf CE, Mary D, Pellauer MD, eds. *Women's Consciousness, Women's Conscience*. San Francisco: Harper & Row, 1985.
7. Petchesky R. The Body as Property: a Feminist Re-Vision. En: Ginsburg F, Rapp R, eds. *Conceiving the New World Order*. California: Universidad de California, 1994.
8. Petchesky R. *Abortion and Woman's Choice*. New York: Longman, 1990.
9. Erviti J, Castro R, Sosa-Sánchez I. Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México* 2006;XXIV (72).
10. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
11. Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000.
12. Herrera CM. De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En: Castro R, López-Gómez A, eds. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Uruguay-México: Facultad de Psicología, Universidad de la República/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010.
13. Schraiber LB. Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. En: Castro R, López-Gómez A, eds. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Uruguay-México: Facultad de Psicología, Universidad de la República/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010.
14. Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES, 2001.
15. González de León D, Salinas A. Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la Ciudad de México. Reporte de investigación 89. México: UAM, 2000.
16. García SG, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gac Med Mex* 2003;139 supl 1.
17. Lisker R, Carnevale A, Villa AR. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. *Rev Invest Clin* 2006;58:305-312.
18. Silva M, Billings DL, García SG, Lara D. Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception* 2009; 79:56-64.
19. Ferrajoli L. Derechos y garantías. La ley del más débil. Madrid: Trotta, 2002.
20. Flores-Pérez E, Amuchástegui-Herrera A. Interrupción legal del embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. En: *Género y Salud en Cifras*. México: Centro nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, 2012.
21. Sanhueza P, Dzuba I, Peña M, Winikoff B. Misoprostol alone for the legal termination of pregnancy in a primary care center affiliated with the Secretary of health of Mexico City. Ponencia presentada en la reunión anual de la National Abortion Federation, abril de 2009.
22. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1980.
23. Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality* 2009;11(6):625-639.
24. Juárez F. Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* 2009 (especial): 4-14.
25. Hopenhayn M. ¿Integrarse o subordinarse? Nuevos cruces entre política y cultura. En: Mato D, comp. *Cultura, política y sociedad. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
26. Salazar P. Dilemas de la laicidad. En: *Colección de Cuadernos Jorge Carpizo para entender y pensar la laicidad*. México: Porrúa/Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2013.
27. Lechner N. *Las sombras del mañana*. Santiago de Chile: LOM, 2002.