



Conservadurismo y el cuidado de la salud sexual y reproductiva

El caso de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato



El interés de la presente investigación es estudiar cómo el conservadurismo en el estado en general, y en el municipio en particular, representa el principal obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular de aquellas que viven en situación de pobreza, por ser los servicios públicos su principal recurso para atender su salud reproductiva. De esta manera, se mostrará que: a) el concepto de salud reproductiva se ha mantenido como un discurso legitimador de las instituciones que no se ha llevado a los hechos, b) los programas enfocados a la pobreza todavía conciben la sexualidad de las mujeres en términos de control de la natalidad y no desde un enfoque de derechos que garantice un ejercicio libre y seguro

de ésta. Es decir, la sexualidad de las mujeres, principalmente de las que viven en situación de pobreza, es vista como una condición para recibir un apoyo, y no como un fin en sí misma, por lo que la valorización de ésta no se busca ni se consigue; y, c) para que un programa efectivamente apoye el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, necesita ir más allá de aspectos programáticos y tomar en consideración los valores predominantes en el contexto en el que se va a aplicar, pues estos pueden obstaculizar o impedir que el programa logre sus objetivos. Dicho de otra manera, las fallas en una política pública no sólo se encuentran en problemas de diseño u operativos, sino que también se deben a los intereses y a los valores de aquellos encargados de aplicarla.

Conservadurismo y el cuidado de la salud sexual reproductiva

El caso de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato

COLECCIÓN GRADUADOS
Serie Sociales y Humanidades

Núm. 2

Laura García Navarro

Conservadurismo y el cuidado de la salud sexual reproductiva.

El caso de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato

Universidad de Guadalajara

2017

Este libro fue dictaminado favorablemente
con el método doble ciego por el comité
editorial del Centro Universitario de
Ciencias Sociales y Humanidades y
financiado con el fondo federal PROINPEP:
Programa de Incorporación y Permanencia
de los Posgrados en el PNPC

Primera edición, 2017

D.R. © Universidad de Guadalajara

Centro Universitario
de Ciencias Sociales y Humanidades
Coordinación Editorial
Juan Manuel 130
Zona Centro
Guadalajara, Jalisco, México

Colección Graduados 2017

Obra completa ISBN 978-607-742-756-8

Vol. 2. ISBN E-book 978-607-742-843-5

Editado y hecho en México

Edited and made in Mexico

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCIÓN	10
Preguntas rectoras y objetivos de la investigación	14
Pertinencia de la investigación	15
CAPÍTULO I ■ Encuentros y desencuentros de la salud reproductiva y la pobreza de las mujeres: Guanajuato frente a América Latina	17
La pobreza en el centro del debate: teorías y políticas sociales	18
Pobreza y género en América Latina	21
La salud reproductiva de las mujeres latinoamericanas	26
Salud reproductiva y pobreza en Guanajuato	33
CAPÍTULO II ■ Pensar la salud reproductiva en Guanajuato. Notas para un debate teórico-metodológico	37
Estado actual de los estudios sobre salud reproductiva	38
El Estado en la sociedad como enfoque teórico	42
Conceptos ordenadores	44
El diseño de la investigación	59
CAPÍTULO III ■ La salud reproductiva en la agenda pública de Guanajuato	70
Incorporación de la salud reproductiva en la agenda en México	71

El abordaje de la salud reproductiva en los diferentes niveles de gobierno	80
CAPÍTULO IV ■ Salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato	
Pobreza en Guanajuato: el caso de Arroyo de Aldana	97
La salud reproductiva en el programa prospera a partir de la perspectiva de sus usuarias	112
CAPÍTULO V ■ Los derechos sexuales y reproductivos como campo de batalla: conflictos y potencialidades	122
La protección de la vida desde la concepción	122
Los derechos sexuales y reproductivos en disputa	130
El papel de las organizaciones sociales pro-derechos sexuales y reproductivos en la resignificación de la sexualidad	140
CONCLUSIONES	147
Principales hallazgos de la investigación	148
Líneas de análisis futuras	151
ANEXO A	
Fotografías de trabajo de campo	152
ANEXO B	
Guión de entrevista para organizaciones	153
ANEXO C	
Guión de entrevistas para mujeres	155
BIBLIOGRAFÍA	157

A mis padres, por tanto.

AGRADECIMIENTOS

En el proceso de creación de un trabajo como este intervienen diversos esfuerzos que la hacen posible. Su colaboración se refleja en cada página, que no en las carencias del documento, las cuales son completa responsabilidad de la autora.

En primer lugar, agradezco a mi directora de tesis, la doctora Mónica Gallegos, por su paciente acompañamiento, sus siempre pertinentes observaciones, sus palabras de ánimo y en particular, por su confianza incondicional. También a la doctora Alicia Fignoni y al maestro Ángel Florido por su atenta lectura al documento durante el proceso de su creación. Este libro surge de ese trabajo recepcional.

En segundo lugar, mi agradecimiento es para la Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad de Guadalajara, a sus coordinadores y el personal administrativo por las facilidades otorgadas a lo largo de mi estadía en el posgrado. Le agradezco también la creación del Concurso para la Publicación de Tesis Generaciones 2012-2014 y 2014-2016 que permitió la publicación electrónica de esta tesis. La confianza que depositan en los trabajos que emanan de sus programas nos permite a los egresados abrir camino en la fascinante tarea de la investigación.

Mi gratitud y respeto por los profesores que contribuyeron a que esta politóloga ampliara su mirada y se nutriera de otras disciplinas. Agradezco de manera particular a todos los miembros del Departamento de Estudios Ibéricos y Latinoamericanos por crear un espacio para compartir opiniones y saberes. A los profesores que fomentaron el aprendizaje más allá de las aulas, y de manera especial, a mis compañeros de la orientación en estudios latinoamericanos por el apoyo, las lecturas, las risas y la catarsis tan necesaria en ciertos momentos.

Agradezco también al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo financiero e institucional que hicieron posible la realización de los estudios de maestría.

Me considero afortunada por tener fuertes pilares que me mantuvieron firme a pesar de las dificultades. Mis padres, Rosa y Lázaro, mis hermanos Karina y Adolfo,

a Magie y César, a Vanessa, Santiago y Ximena, por el ejemplo, los consejos, las risas y los recuerdos. A Eder por ser la calma en medio de la locura.

Un agradecimiento especial a quienes con su trabajo y sus palabras hicieron posible esta investigación. A REDefine León y a la Clínica Jurídica de Derechos Humanos de las Mujeres por compartir conmigo sus experiencias y sus opiniones. A Katherin, Connie, Líber y sus compañeros por el trabajo que realizan todos los días y que contribuye a la transformación de la entidad en materia de derechos de las mujeres guanajuatenses. Y a todas las mujeres que me permitieron escuchar un poco de sus vidas, de los recuerdos y sus planes para ellas y para sus hijos e hijas. Las lecciones aprendidas en nuestro intercambio desbordan estas páginas.

INTRODUCCIÓN

Peregrinaciones. Rogativas.
Muestras ardientes de fe. Rosarios vivos. Reliquias.
Vocaciones sacerdotales en abundancia, como casi en ninguna otra región.
Creencia fervorosa en el pueblo elegido. Memoria de los mártires.
Carlos Monsiváis (2008: 135).

El conservadurismo es una de las características más usadas para describir comúnmente a los estados que conforman la región del Bajío: Querétaro, Aguascalientes, Jalisco y Guanajuato. El escritor Carlos Monsiváis la nombra incluso, con cierta sátira, el *Cinturón del Rosario* por la fuerte presencia que esta corriente de pensamiento mantiene en todos los aspectos de la vida de estas entidades.

Uno de los valores que se encuentran en la base del pensamiento conservador es particularmente influyente en El Bajío: la protección de la vida. Dada la importancia que el dogma religioso tiene, en esta corriente la vida es sagrada porque el hombre es una creación de Dios, hecho a su imagen y semejanza. Un valor que tiene su fundamento en el principio de que “el hombre es un fin y no un medio” (Rossiter, 1986: 41). Aunado a este valor, el conservadurismo defiende la predominancia de la familia por sobre todas las organizaciones sociales.

La defensa de la vida y la familia se han convertido en estandartes de los conservadores, palabras básicas de su discurso. En el caso de la esfera política, dichos valores se han mantenido a pesar de que su evidente influencia religiosa entra en contradicción con el carácter laico del Estado. En el caso particular del Bajío, numerosas figuras políticas han antepuesto la protección de estos valores a los intereses de grupos sociales, convirtiendo en muchas ocasiones la acción política en una campaña al servicio de su fe, siendo la sexualidad, y en particular, la sexualidad de las mujeres, su objetivo más común.

En los estados de El Bajío esto se ha traducido en la censura a la educación sexual, en la restricción del uso de los métodos anticonceptivos, en la limitación

de causales legales para la interrupción del embarazo, y en general de cualquier ejercicio de la sexualidad que no tenga como fin la reproducción de la vida, afectando no solo a las mujeres sino también a la comunidad LGBTTTTI (Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Transgénero, Travesti e Intersexual), y contradiciendo en la práctica los derechos sexuales y reproductivos reconocidos por tratados que México ha firmado.¹

Sin embargo, y aunque tales restricciones a la sexualidad son más comunes en la actualidad en las entidades federativas que hemos mencionado, la postura del gobierno mexicano ante esta dimensión a lo largo de su historia, ha estado mediada por sus relaciones con la Iglesia católica, en lo que parece, en palabras de Adriana Ortiz-Ortega (2001), un “pacto entre caballeros”:

El Estado ha utilizado los campos de la sexualidad y la reproducción como un terreno fértil para el establecimiento de alianzas con la Iglesia y no como un medio para construir la democracia. Por tanto estos terrenos han sido acotados en el espacio de la política por los discursos ambivalentes y el tema del aborto no ha escapado a este esquema. Para entender mejor este hecho debemos reconocer que con ello el Estado mexicano ha buscado consolidar su liderazgo mediante un acercamiento con la Iglesia católica (p. 40).

Históricamente, la Iglesia católica se ha erigido en este país como un actor de profunda influencia sobre la sociedad, lo que en numerosas ocasiones representó una amenaza a la autoridad del Estado, de ahí que buscara establecer relaciones de mutua conveniencia con esta. El campo de la sexualidad fue particularmente idóneo, dada la legitimidad que el dogma católico ha tenido en las esferas de lo cotidiano y lo íntimo.

Tales relaciones, continúa Ortiz-Ortega (2001), se han dividido por las acciones en torno a la planificación familiar impulsadas por el Estado. Desde 1929, sostiene, la relación estuvo marcada por la “idealización de la maternidad” que las instituciones compartían: el Estado, por los beneficios que representaba para la economía del país el trabajo de la mujer y la promesa de los niños (“riqueza de la nación”); la Iglesia, por la labor que podía desempeñar la mujer en la transmisión de los valores de la institución y la difusión de su misión a través de las organizaciones comunitarias.

Para 1973 las presiones demográficas llevaron al Estado mexicano a generar políticas de planificación familiar y de control de la natalidad que podrían haber interrumpido el entendimiento entre ambas instituciones, y que pudo evitarse debido

¹ Aunque en las diversas conferencias internacionales no se ha alcanzado un consenso en torno a si el aborto debe ser incorporado a los derechos sexuales y reproductivos, se integra a este análisis por ser un elemento fundamental de la salud reproductiva.

a que llegó a la Iglesia una “dirección más moderada” (p. 41). En los siguientes años, continúa la autora, las relaciones no solo se mantuvieron, sino que llegaron a estrecharse a partir de la “estrategia polaca” apoyada por el papa Juan Pablo II, que consistió en modificar el estatus legal de la Iglesia católica de manera que le permitiera recuperar el espacio de influencia que había tenido en el pasado.

Pero en 1994 la firma por parte del gobierno mexicano del tratado que resultó de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo, trajo consigo otro giro en dichas relaciones: la sexualidad y la reproducción ya no podían ser controladas en función de los cambios demográficos del país, o someterse a normas basadas en las buenas costumbres y el decoro. El control natal se cambia en los programas de gobierno por el campo más amplio de la salud sexual y reproductiva, y se incorporan al marco jurídico los derechos sexuales y reproductivos. Esto representó para el gobierno adquirir el compromiso de garantizar a su población el disfrute de una vida sexual elegida, satisfactoria y sin riesgos.

Sin embargo, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos no se alcanzó por completo en 1994. En realidad, se trata de un proceso que continúa hasta la fecha, y que en algunos estados se encuentra más avanzado que en otros. Tomemos por ejemplo el caso del aborto, por ser una de las facetas de la sexualidad que mayores obstáculos ha enfrentado para su despenalización. Tomando como indicador el número de causales en las que su práctica es permitida legalmente, Guanajuato y Querétaro son los estados con la legislación más restrictiva en torno al aborto. Mientras tanto, la Ciudad de México permanece como el principal referente en materia de la despenalización del aborto en México, y uno de los más importantes en América Latina, desde que en abril de 2007 la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México aprobó el aborto voluntario hasta las primeras 12 semanas de gestación. Diferencias así se encuentran también en materia de acceso a anticonceptivos o a una educación sexual laica.

A lo largo de la tesis, podremos observar que en el centro de estas diferencias se encuentra la presencia indiscutible que mantiene el conservadurismo en algunos estados: sus bastiones. Tal es el caso de Guanajuato, y de su capital que comparte el nombre, ciudad en la que se focaliza la presente investigación.

En Guanajuato, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se ven obstaculizados por una postura institucional de corte conservador, con la “protección de la vida” como su principal argumento. La ausencia de la salud reproductiva en la agenda pública del estado y del municipio se ha traducido en la falta de políticas enfocadas a su fomento, principalmente entre las mujeres. Incluso, los programas en la materia diseñados en el nivel federal se han visto afectados en su aplicación en este territorio.

El intento de control a través de la supresión del debate, de la ausencia de políticas y de presupuesto para el diseño de programas que fortalezcan el ejercicio pleno

y seguro de la sexualidad y la reproducción, no impacta de manera equitativa a todas las mujeres, siendo las más afectadas aquellas que viven en condiciones de pobreza.

El interés de la presente investigación es estudiar cómo el conservadurismo en el estado en general, y en su capital en particular, representa el principal obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en especial de aquellas que viven en situación de pobreza, por ser los servicios públicos su principal recurso para atender su salud reproductiva. De esta manera, se mostrará que:

- a) el concepto de salud reproductiva se ha mantenido como un discurso legitimador de las instituciones que no se ha llevado a los hechos,
- b) los programas enfocados a la pobreza todavía conciben la sexualidad de las mujeres en términos de control de la natalidad y no desde un enfoque de derechos que garantice un ejercicio libre y seguro de la misma; es decir, la sexualidad de las mujeres, principalmente de las que viven en situación de pobreza, es vista como una condición para recibir un apoyo y no como un fin en sí misma, por lo que la valorización de esta no se busca ni se consigue y
- c) para que un programa efectivamente sustente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos necesita ir más allá de aspectos programáticos y tomar en consideración los valores predominantes en el contexto en el que se va a aplicar, pues estos pueden obstaculizar o impedir que el programa logre sus objetivos.

Dicho de otra manera, las fallas en una política pública no solo se encuentran en problemas de diseño u operativos, sino que también se deben a los intereses y a los valores de aquellos encargados de aplicarla.

En el camino descubriremos que la falta del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres guanajuatenses responde en gran medida a la amenaza que encuentran los actores políticos de la entidad y del municipio en estos derechos hacia la concepción religiosa de la protección de la vida, valor propio del conservadurismo, que en esta zona determina en la práctica lo que se incluye en la agenda pública. Pero también, encontraremos que, si bien en Guanajuato estado y capital el ejercicio pleno de dichos derechos está lejos de ser una realidad, existen organizaciones de mujeres que están logrando importantes avances para su reconocimiento, desde la incorporación de este tema en debates públicos hasta suplir al Estado en su faceta de proveedor de servicios. Además, el trabajo de campo con mujeres de Arroyo de Aldana, colonia de la capital del estado con un alto índice de marginación, nos permitió considerar que el control que las instituciones buscan ejercer en materia de sexualidad, se enfrenta a los cambios generacionales de las mujeres que muestran en la práctica más libertad en la materia y una mayor capacidad de decisión, debido principalmente a que las madres buscan una mejor calidad de vida para sus hijas, procurando que no repitan sus historias. En este sentido, dos

concepciones de la vida y de su protección se enfrentan en un mismo espacio con interesantes resultados.

Preguntas rectoras y objetivos de la investigación

La presente tesis se desarrolló en torno a la siguiente pregunta ordenadora: “¿de qué manera el conservadurismo presente en las políticas en materia de reproducción de Guanajuato y su capital afectan la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza?

A su vez, una serie de preguntas secundarias se entretajan con la interrogante principal para permitirnos dar cuenta de diferentes aristas que configuran el problema que se analiza:

1. ¿Qué paralelismos existen entre la situación que se desarrolla en Guanajuato con la de otras ciudades de América Latina?
2. ¿Cómo las ciencias sociales pueden apoyar a la comprensión de la relación entre salud reproductiva y pobreza en las mujeres?
3. ¿De qué manera el pensamiento conservador del gobierno local ha obstaculizado el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato y su capital?
4. ¿Cómo afectan las políticas conservadoras la salud reproductiva de mujeres en situación de pobreza?
5. ¿Cuáles han sido los principales debates en torno de la protección de la vida en la entidad?

Ante estas interrogantes surgen respuestas tentativas derivadas de una aproximación al fenómeno y los sujetos inmersos en él, y del análisis de marcos teóricos que dan cuenta de esta realidad. Coincido con Hugo Zemelman (2009) cuando afirma que las hipótesis, más que respuestas acabadas y comprobables, representan relaciones posibles entre los distintos planos de la realidad. Con estas precisiones en mente, proponemos la siguiente hipótesis tentativa: si partimos del entendido que las mujeres en situación de pobreza son las principales usuarias de los servicios públicos, entonces la defensa de valores conservadores como la protección de la vida por parte de las instituciones políticas, dificulta la incorporación de la salud reproductiva en la agenda de gobierno generando que dichas mujeres tengan menores posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, el objetivo principal que motiva esta investigación es comprender la relación de ida y vuelta entre pobreza y salud reproductiva, para entender que en una situación de pobreza es imposible ejercer los derechos sexuales y reproductivos, a la vez que las estrategias enfocadas a eliminar dicho problema están permeadas por el conservadurismo religioso y no consideran entre sus acciones la necesidad de garantizar una reproducción segura, libre y elegida.

Pertinencia de la investigación

La presente investigación se desarrolla en el contexto de la discusión que se ha presentado en algunos países, incluido México, en materia del reconocimiento de mayores libertades individuales. Dicho debate ha incrementado la presencia del conservadurismo en la opinión pública, defendido por organizaciones sociales, partidos políticos y funcionarios estatales, que representa un obstáculo importante para los derechos sexuales y reproductivos y para el reconocimiento de los matrimonios y la adopción entre personas del mismo sexo, lo que nos lleva a reflexionar acerca del carácter laico del Estado en el que vivimos.

El reconocimiento del conservadurismo como factor que determina, condiciona y transforma las acciones gubernamentales, no ha tenido un papel importante dentro del análisis de políticas, ya que predomina un enfoque racional y pragmático en donde la ideología y el sistema de valores son subestimados. Sin embargo, estamos observando que en la realidad las ideologías, todavía juegan un papel fundamental en la acción política y su impacto en la vida cotidiana. Nuestro estudio se encontró frente a esta situación, donde los valores conservadores son el principal obstáculo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, más que las fallas en el diseño o la aplicación de la política, o la asignación de recursos que, finalmente puede responder también a una cuestión de intereses y de valores.

Organización de la tesis

El contenido de la tesis se organiza en cinco capítulos con sus respectivos apartados, en los que se abordan cada una de las discusiones planteadas en las preguntas secundarias. De manera integral, los apartados pretenden abonar a la respuesta de la pregunta rectora.

En el Capítulo 1 se realiza un panorama general de la salud reproductiva en América Latina y las concordancias que diversas ciudades de la región tienen con el caso de estudio de esta investigación. Aunque la tesis no tiene como finalidad llegar a una generalización a partir de los resultados obtenidos, sí es de nuestro interés clarificar que el caso de Guanajuato no es aislado, sino que encuentra eco en otras latitudes que comparten un pasado y unas condiciones sociales, culturales y económicas propias de Latinoamérica. De esta manera, buscamos abonar a reflexiones que ya se hacen en la región.

En el Capítulo 2 se establecen las bases teóricas y metodológicas de la investigación, planteándose no solo la definición de los conceptos principales, sino discusiones que nos ayuden a problematizar la teoría. Además, aunque la que escribe posee una formación en ciencia política, el posgrado en ciencias sociales inspiró a recurrir a otras disciplinas como la sociología y la antropología para abordar con mayor detalle la problemática a desarrollar.

El Capítulo 3 aborda la evolución de la salud reproductiva desde los primeros programas de población, con una clara postura demográfica, primero natalista y después de control demográfico para, después de 1994, incorporar el enfoque de salud reproductiva en las acciones de gobierno. Además, se analizan las diferencias que existen en los diversos niveles que conforman el Estado, para observar cómo la salud reproductiva no se ha incorporado en la agenda pública en los niveles estatal y municipal de Guanajuato y su capital, respectivamente.

El Capítulo 4 desarrolla los hallazgos del trabajo de campo realizado con dos grupos de mujeres en situación de pobreza: el primero formado por usuarias del programa PROSPERA y el segundo por habitantes de la colonia Arroyo de Aldana, todas ellas pertenecientes al municipio de Guanajuato. Aquí observaremos como, en primer lugar, este programa que incluye entre sus componentes la impartición de talleres de salud reproductiva, las características del contexto en el que se aplica llevan a una transformación del programa, generando la ausencia del tema en dichos talleres. En segundo lugar, buscamos comprender la manera en la que la pobreza dificulta el ejercicio de la salud reproductiva de las mujeres.

En el Capítulo 5 se pretende estudiar la forma en la que el valor de la protección de la vida –desde la perspectiva de la religión católica– se ha posicionado como una de las bases más defendidas por la clase política de Guanajuato y cómo esta ha obstaculizado el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos tanto en el estado como en el municipio. A su vez, buscamos presentar los avances que han logrado algunas organizaciones de mujeres para posicionar el tema en la agenda pública, a la vez que se desempeñan como grupo de presión evidenciando las faltas en la materia, e incluso proporcionan servicios de educación sexual, asesoramiento legal y acercan métodos anticonceptivos a las mujeres.

Por último, cerramos con un apartado de conclusiones en el que damos cuenta de los alcances, limitaciones y líneas de posibles desarrollos futuros derivadas de la investigación.

CAPÍTULO I

Encuentros y desencuentro de la salud reproductiva y la pobreza de las mujeres: Guanajuato frente a América Latina

Situar el caso de las mujeres de Guanajuato en el contexto latinoamericano es pertinente, por no decir necesario. Si bien la salud sexual y reproductiva en la entidad es un caso que es importante comprender en sí mismo, un vistazo a las experiencias de otras latitudes de la región nos permite encontrar las similitudes entre la situación que viven las mujeres guanajuatenses y las de otras ciudades de América Latina.

Las ciencias sociales en el continente concuerdan en la necesidad de estudiar la “sincronía en los fenómenos político-culturales latinoamericanos” (Argumedo, 2004: 17) dado que forma un área geográfica que comparte un pasado político, económico, histórico y cultural. El reto que asumimos al observar las concordancias de las problemáticas latinoamericanas es evitar realizar generalizaciones a partir de experiencias concretas, así como huir de las simplificaciones que pretenden llegar a la producción de predicciones, a costa de dejar fuera del análisis detalles valiosos que conforman la complejidad del fenómeno que se estudia.

Uno de los fenómenos sincrónicos en América Latina, retomando la idea de Alcira Argumedo (2004), es la gravedad y la persistencia que la pobreza tiene en esta región. Esta representa uno de los asuntos pendientes más apremiantes de la realidad latinoamericana, no obstante las numerosas estrategias y programas que se han diseñado para su disminución. La realidad de los millones de mujeres y hombres que viven en situación de pobreza no solo no ha mejorado, sino que en las últimas décadas más personas se han incorporado a las cifras de la pobreza del continente, lo que pone en entredicho por un lado, que la atención de este problema sea tan prioritaria como su presencia constante en los discursos políticos podría dar a entender, y que su eliminación pueda lograrse a partir de estrategias que consisten en su mayoría en programas de transferencia de renta; por el otro, cuando la pobreza forma parte de procesos globales y multidimensionales, como la desigualdad, la división del trabajo, la acumulación de riquezas y la protección de intereses.

El presente apartado pretende hacer un recuento general de las principales discusiones teóricas que se han suscitado en América Latina alrededor del fenómeno de la pobreza, las cuales han articulado su análisis con otros fenómenos complejos,

como la dependencia, la marginación y la acumulación, lo que contribuye a ver más allá del carácter monetarista que ha prevalecido en la concepción de la pobreza.

Un abordaje multidimensional de este problema es de suma relevancia ya que nos permite vislumbrar la estrecha relación que guarda con otros, como las carencias en materia de salud en general, y de una salud sexual y reproductiva en particular, articulación que da origen a esta investigación y que no va solo en el sentido de la incapacidad de tener los medios económicos para acceder a los servicios que permitan a la población tener una reproducción sin riesgos, sino que también, una región que no permite a su población ejercer sus derechos más fundamentales, como los sexuales y reproductivos, es una región sumamente pobre. La pobreza no solo es monetaria, también es política.

La pobreza en el centro del debate: teorías y políticas sociales

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) registró en 2014 que 25.5% de los latinoamericanos vivía con ingresos por debajo de los 5 UD (promedio ponderado) al día y 14.6% con menos de 3 UD. A su vez, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) calculó que el porcentaje de pobreza aumentaría 1 punto porcentual de 2014 a 2015, mientras que la indigencia lo haría 0.6 puntos durante el mismo año: de tal manera que la proyección del organismo para 2015 era de 175 millones de personas en situación de pobreza y 75 millones en indigencia (2015: 19), lo cual viene luego de un descenso sostenido en los niveles de pobreza que se había presentado desde 2002, para crecer a partir de 2013 (Tabla 1).

Tabla 1

Evolución de la pobreza y la indigencia en América Latina

Año	Pobreza (porcentaje)	Pobreza (millones de personas)	Indigencia (porcentaje)	Indigencia (millones de personas)
1980	40.5	136	18.6	62
1990	48.4	204	22.6	95
1999	43.8	215	18.6	91
2002	43.9	225	19.3	99
2008	33.5	186	12.9	72
2010	31.1	177	12.1	69
2011	29.7	171	11.7	67
2012	28.2	164	11.3	66
2013	28.1	166	11.9	70
2014	28.2	168	11.8	70
2015	29.2	175	12.4	75

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEPAL (2015: 19).

Para la CEPAL, si bien los incrementos no son significativos estadísticamente, el problema con las cifras de la pobreza en la región es que se han mantenido estables, lo que lleva al organismo a cuestionar el progreso que pudiera haber en la región en los siguientes años, más si se considera que su crecimiento económico en 2014 fue menor que la media mundial, e incluso por debajo de su propio crecimiento presentado el año anterior (p. 15).

La pobreza en América Latina y la búsqueda de formas plausibles de atenderla ha sido un tema largamente discutido en el pensamiento latinoamericano desde diversas aproximaciones. Tal variedad de enfoques se origina en al menos tres imaginarios de la pobreza: la pobreza como consecuencia de la incapacidad de las personas, como riesgo que corren aquellos desvinculados de “formas de organización que articulen la economía con el Estado, la comunidad y la familia”, y pobreza provocada por los privilegios de otros actores. A su vez, dichos imaginarios se traducen en tres discursos o corrientes que analizan este fenómeno: el discurso liberal, el corporativo y el socialdemócrata, respectivamente (Barba Solano, 2009: 14-15).

De estas corrientes surgieron en el siglo XX varias propuestas que se dedicaron a analizar las causas por las que en América Latina la pobreza es un problema profundamente arraigado. Por ejemplo, Theotonio dos Santos (1998), uno de los principales exponentes de la teoría de la dependencia, sostenía que luego de la crisis del colonialismo agudizada a finales de la Segunda Guerra Mundial, surgió una forma de pensamiento que concebía a la modernidad como un estadio universal y deseable para todos los países, que representaba el “desarrollo pleno de la sociedad democrática”. Ahí nacería la teoría del desarrollo, que, parafraseando a Dos Santos (1998), se puede sintetizar como el conjunto de normas que perseguían la productividad máxima y la generación de ganancias para propiciar la acumulación permanente de las riquezas. Para conseguirlo, los teóricos del desarrollo consideraban que era necesario intervenir en las diversas sociedades globales para eliminar los obstáculos que les impedían alcanzar dicho estadio ideal, desde la perspectiva de la modernidad occidental. Aquellas sociedades que no cumplían con las normas occidentales del bienestar eran consideradas como subdesarrolladas. Esta corriente sería revisada posteriormente por otros teóricos del desarrollo, como Raúl Prebisch, para quien el subdesarrollo no era un mero estado de atraso, sino que respondía a una evolución particular, distinta de la que presentaban las regiones desarrolladas:

No puede identificarse [el subdesarrollo] con un simple estado de atraso, con frecuencia atribuido al peso de factores extraeconómicos, supuestamente ligados a la estructura social. Antes bien, lo visualizó como un patrón de funcionamiento y de evolución específica de ciertas economías, que como tal merece un esfuerzo de elaboración teórica también específico (citado en Rodríguez, 2001: 42).

En esa época y desde un enfoque desarrollista, la teoría de la modernización y la teoría cepalina fueron sumamente relevantes, no solo en los debates teóricos, también en el diseño de políticas sociales en la región. Sin embargo, su incapacidad para disminuir la desigualdad en la distribución de la riqueza y lograr un desarrollo social sostenido las sometieron a importantes críticas (Barba Solano, 2009: 20) que alcanzarían a toda la visión propia de la teoría del desarrollo.

Fue a partir de los años sesenta que tal teoría comenzó a perder legitimidad debido a su incapacidad para reproducir en los países subdesarrollados las experiencias de éxito que sus seguidores encontraban en las naciones desarrolladas. A la par y de manera relacionada, comenzaba a tomar fuerza una nueva corriente, la teoría de la dependencia que, según Thetonio dos Santos (1998), incluía entre sus principios que:

- I. El subdesarrollo está conectado de manera estrecha con la expansión de los países industrializados;
- II. El desarrollo y el subdesarrollo son aspectos diferentes del mismo proceso universal;
- III. El subdesarrollo no puede ser considerado como la condición primera para un proceso evolucionista;
- IV. La dependencia, con todo, no es solamente un fenómeno externo, sino que se manifiesta también en diferentes formas en la estructura interna (social, ideológica y política).

Se trataba de una apuesta teórica que partía de la realidad latinoamericana y no extrapolaba planteamientos a partir de experiencias histórica y geográficamente distintas; además, situaba el subdesarrollo en un proceso de expansión global, de tal manera que no había casos aislados de atraso o adelanto, sino que todos desempeñaban un rol en el proceso capitalista mundial. Desde este planteamiento, la exclusión social y la pobreza no se entendían como características del atraso de una sociedad concreta, sino que eran consecuencias del desarrollo del capital internacional, por lo que lejos de disminuir, tenderían a incrementarse con el tiempo.

Como sucedió con la teoría del desarrollo, en los años setenta y ochenta surgieron críticas importantes a la teoría de la dependencia. Por ejemplo, Agustín Cueva consideraba que esta sobrestimaba factores externos, y lamentaba que se dejara de lado el análisis de las clases sociales (Santos, 1998). En la actualidad, ha vuelto a surgir el auge del desarrollo como objeto de estudio a partir de perspectivas más recientes entre las que se encuentran la teoría del desarrollo endógeno, y la teoría del desarrollo como distribución de capacidades, que surgen como alternativas al predominio de políticas neoliberales, y del principio cada vez más aceptado de que

el crecimiento económico no es sinónimo de desarrollo. Estos enfoques tratan de dar respuestas plausibles a “la pregunta acerca del mejor núcleo de definiciones sobre el desarrollo para la próxima década, no sólo de carácter económico, social y político, sino también sobre su contenido en términos de filosofía social” (Schweinhelm, 2011: 2).

Las propuestas de estas teorías para atender el problema de la pobreza guiaron a la administración pública en América Latina en el diseño de políticas sociales. Sin embargo, y como sucedió con los enfoques teóricos, se dieron en la región importantes debates en materia de política social derivados como señala Bernardo Kliksberg (2005) de “la evidencia empírica recogida de tantas experiencias frustradas” (p. 1197). En el centro del debate, sostiene el autor, se encuentra la disputa entre ayuda y derecho, que enfrenta la visión tradicional de apoyar a los excluidos por los procesos económicos, y la visión que parte del individuo como ciudadano para quien el acceso a la salud, a la alimentación y la vivienda, por decir algunos, son derechos que el Estado debe garantizar. Se mantiene también la disputa entre focalización –o la atención en grupos sociales específicos– y universalidad, que garantiza los servicios básicos a toda la población. Otro debate importante es si los programas deben enfocarse en el individuo o en la familia (pp. 1197-1202).

Los programas de transferencia de renta Chile Solidario en Chile, PROSPERA en México y Bolsa Familia en Brasil representan actualmente los casos más emblemáticos de la política social en América Latina, aunque no por esto se encuentran libres de críticas. En el caso de PROSPERA, antes Oportunidades, se ha cuestionado que esta estrategia desdibuja el hecho de que la pobreza es “consecuencia de factores macrosociales generados estatalmente” al buscar “compensar los déficit [sic] que esta población presenta” (León Corona, 2011: 131). Otros detractores no objetan el diseño de la política o su aplicación, sino su incapacidad de solucionar un problema que se origina en un modelo neoliberal protegido por la autoridad gubernamental que implementa el programa (Tetreault, 2012: 41).

Pobreza y género en América Latina

Como se mencionó con anterioridad, las bases sobre las que se sostiene la pobreza no son solo económicas, sino sociales, políticas y culturales, lo que ha llevado a cuestionar la capacidad de los métodos tradicionales de medición de la pobreza, para mostrar cabalmente la complejidad de este problema. Esto salta a la vista cuando nos enfocamos en analizar las particularidades de la pobreza en diferentes grupos sociales, como las mujeres.

La incorporación del enfoque de género a los estudios sobre la pobreza ha buscado comprender “cómo las diferencias de género afectan a los mecanismos sociales que conducen a situaciones de pobreza” (Espinár Ruiz, 2006: 45). Tales mecanismos en los métodos tradicionales se invisibilizan debido principalmente a

que el indicador más utilizado, la familia como unidad de análisis, presupone una equidad de la distribución del ingreso en su interior, lo cual es cuestionado por los estudios de género.

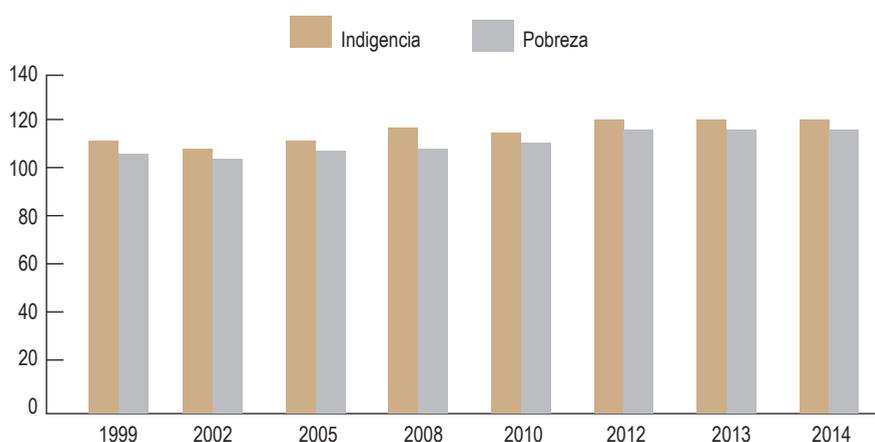
El estudio de la pobreza de las mujeres ha abierto dos líneas de análisis principales: el empobrecimiento de las mujeres; es decir, que las mujeres son más pobres que los hombres, y la feminización de la pobreza, que sostiene que existe un mayor número de mujeres en situación de pobreza que hombres (*ídem*); ésta última ha sido centro de críticas en los últimos años, las cuáles sostienen que es imposible demostrar con los indicadores con los que contamos, que la pobreza de las mujeres ha aumentado más que la de los hombres.

Las diferencias que presenta la pobreza de acuerdo con el sexo de la persona se han ido incorporando desde los años noventa a los estudios que hace la CEPAL en la región. En el informe “Panorama Social de América Latina 2015” se presentó el indicador de feminidad de pobreza, que “se emplea para comparar el porcentaje de mujeres pobres de 20 a 59 años respecto de los hombres pobres de esa misma franja etaria” (CEPAL, 2016: 20). Llama la atención el rango de edad que se elige para dicho indicador, ya que los estudios de la pobreza de las mujeres han mostrado que es en la tercera edad cuando las diferencias en la pobreza entre hombres y mujeres se agudizan.

Según datos de este informe, la feminidad de pobreza en América Latina ha aumentado cada año desde 2002 (Figura 1), incluso a pesar de que el número de personas en situación de pobreza se redujo, lo cual se debe a que el ritmo de la disminución de la pobreza de las mujeres fue menor (*ídem*).

Figura 1

Índice de feminidad de la indigencia y la pobreza en América Latina 1999-2014



Fuente: CEPAL (2015: 21)

Ante el incremento en el índice de feminidad de la indigencia y la pobreza, la CEPAL (2016) concluye que los esfuerzos para reducir la pobreza no están beneficiando por igual a hombres y mujeres, debido principalmente, a la doble jornada de trabajo de estas últimas y la diferencia de ingresos que reciben por el mismo trabajo realizado. En América Latina, las mujeres ganan en promedio 19% menos que los hombres, a la vez que realizan más horas de trabajo no remunerado y son excluidas de cargos de dirección, de acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano de 2014. A su vez, y a pesar del aumento de la escolarización en la región, en zonas rurales existen más mujeres analfabetas que hombres: 7 de cada 10 personas analfabetas son mujeres (Bonder, 1994).

Pero la medición desde un enfoque monetarista, como las técnicas utilizadas por la CEPAL, no es la única ni la que muestra a detalle las diferencias en la pobreza entre hombres y mujeres. El enfoque de capacidades propuesto por el economista indio Amartya Sen y que concibe la pobreza como la insuficiencia de ingresos que impide que estos se transformen en la capacidad de ejercer derechos, ha sido utilizado con frecuencia en los estudios de pobreza de las mujeres porque el abordaje multidimensional que hace del problema permite observar la discriminación que padece la mujer en diferentes ámbitos, como la salud, nutrición, educación y la reproducción. Señala Martha Nussbaum (2000), filósofa estadounidense que ha enriquecido el enfoque de capacidades trabajando con Sen: “cuando la pobreza se combina con la inequidad de género, el resultado es una falla aguda en las capacidades humanas centrales” (p. 3; traducción propia).¹

Entre las dimensiones de la pobreza en las que es posible observar diferencias en función del género, resalta la salud. La desigualdad en la distribución de los recursos al interior del hogar no solo se da en términos monetarios, sino en el reparto y el acceso a los bienes, como los alimentos. Existe todavía en diversas regiones una mayor valoración de la vida de los niños que de las niñas, debido a la costumbre que dicta que son ellos quienes contribuirán al ingreso familiar, mientras que las niñas pasarán con el matrimonio a pertenecer a otra familia; de ahí que una buena alimentación sea más importante en el caso de los varones, lo cual se traduce en mayores niveles de desnutrición en niñas (Oniang' O y Mukudi, 2002).

Pero la desigualdad de género no se observa únicamente en el por qué se enferman, sino también en cómo son atendidas las mujeres; en muchas ocasiones una niña o una mujer –principalmente si es madre– para ser llevada a un hospital debe estar visiblemente más grave (Sen, 2002), o cuando los problemas de salud interfieren con sus responsabilidades.

¹ Original en inglés: “When poverty combines with gender inequality, the result is acute failure of central human capabilities”.

El fenómeno de las “mujeres faltantes” o *missing women* (Nussbaum, 2000) que ha sido analizado por Amartya Sen, evidencia la discriminación que viven las mujeres en materia de la salud. Este concepto tiene su origen en el hecho de que las mujeres de manera biológica tienden a vivir más, por lo que en condiciones de acceso a la salud plena y prevención de enfermedades deberían tener una mayor esperanza de vida. De manera que existe una gran posibilidad de que aquellos países en los que las mujeres viven menos que los hombres, tengan servicios de salud pública que no estén cumpliendo con proporcionar un beneficio equitativo.

Las posibilidades de una mujer de tener una salud plena son inferiores si consideramos los riesgos en materia sexual y reproductiva que se mantienen en América Latina, con la penalización del aborto que ha provocado miles de muertes por prácticas en situaciones insalubres, el mantenimiento de la mortalidad durante el embarazo, el parto y el postparto, como una de las principales causas de defunciones en mujeres, y el incremento del número de infectados por VIH/Sida entre este sector de la población (Ruiz Seisdedos y Bonometti, 2009-2010).

Como puede observarse, pobreza y desigualdad de género son dos fenómenos profundamente vinculados. Incluso hay autores que consideran que las relaciones desiguales de género precedieron y dan sostén a los procesos de acumulación de capital, y que la globalización se ha enriquecido de la exclusión de las mujeres:

La ideología de género no solo estructura el poder dentro de las relaciones sociales, sino que se articula —se conecta de maneras distintivas— a la ideología de la globalización. [...] Por lo tanto, aunque no parece haber nada evidentemente machista en la ideología de la globalización, su articulación específica con la ideología de género sustenta la marginación de la mujer. La división del trabajo en géneros en realidad es uno de los factores que hacen posible la globalización (Mittelman y Tamba, 2002: 111).

Desde esta perspectiva, la *ideología de la globalización* se encuentra íntimamente relacionada con el paradigma capitalista, debido a que comparten valores que hacen posible su mantenimiento y reproducción: interferir en los mercados abiertos, liberalizar el comercio, reducir la intervención del Estado en la economía (*ídem*). A su vez, los valores patriarcales han hecho posible en gran medida que estas características del capitalismo se hayan fortalecido con el paso del tiempo. Incluso se considera que el surgimiento del patriarcado es anterior al desarrollo del capitalismo. Gerda Lerner (1987) sostiene que el patriarcado es una creación histórica que ha tardado más de 2 000 años en completarse, debido a que cada sistema de organización política ha propuesto su propia noción de género, introduciendo así nuevos valores y normas patriarcales.

La primera referencia histórica que se tiene del patriarcado se encuentra en el surgimiento del Estado arcaico, en el que la unidad básica de organización

era la familia patriarcal. En estas formas de organización, la capacidad sexual y reproductiva de las mujeres ya se mercantilizaba. Por ejemplo, en las primeras sociedades agricultoras, donde se necesitaba de una gran fuerza de trabajo, la reproducción era un bien valioso. Por lo tanto, afirma Lerner (1987), la opresión de género antecedió a la opresión de clase:

Las diferencias de clase eran, en sus inicios, expresadas y constituidas en términos de relaciones patriarcales. La clase no es una construcción independiente del género; más bien, la clase se expresa en términos de género (p. 213).

La relación tan estrecha entre clase y género es producto también de los beneficios mutuos entre patriarcado y capitalismo. El capitalismo se ha servido en gran medida del sistema patriarcal para expandirse y sostener su poder. La acumulación capitalista se sostiene no solo en una división internacional del trabajo, sino en la división sexual del mismo que naturaliza el trabajo doméstico de las mujeres con una doble función: evitar su remuneración y mantener las energías de los hombres enfocadas en la producción. Al respecto escribe Silvia Federici (2013):

Como he sostenido, la diferencia de poder entre mujeres y hombres y el ocultamiento del trabajo no pagado de las mujeres tras la pantalla de la inferioridad natural, ha permitido al capitalismo ampliar inmensamente “la parte no pagada del día de trabajo”, y usar el salario (masculino) para acumular trabajo femenino. En muchos casos, han servido también para desviar el antagonismo de clase hacia un antagonismo entre hombres y mujeres. De este modo, la acumulación originaria ha sido sobre todo una acumulación de diferencias, desigualdades, jerarquías y divisiones que ha separado a los trabajadores entre sí e incluso de ellos mismos (p. 203).

Esta articulación entre patriarcado y capitalismo que genera un proceso de acumulación basado en la diferencia, no solo de clase sino de género, nos lleva a concluir que las consecuencias de tal proceso de acumulación no las padecen igual hombres y mujeres. En un sistema de relaciones desiguales de poder, las mujeres y los hombres viven de manera distinta la pobreza. Analizar, entonces, las condiciones en que viven las mujeres pobres, nos permitirá comprender las causas económicas, políticas, sociales y culturales de tal desigualdad. Esto es fundamental en un escenario en el que, como vimos, incluso organismos internacionales han concluido que las estrategias diseñadas para eliminar la pobreza no están haciendo suficiente para disminuir esa brecha en la pobreza en función del género.

La salud reproductiva de las mujeres latinoamericanas

Como en el caso de la pobreza, es posible encontrar rasgos comunes en la historia de la sexualidad de las mujeres latinoamericanas. Y es que la conquista de la región trajo consigo una campaña para transformar las formas en que los pueblos indígenas concebían la sexualidad, y posteriormente instaurar –como ya imperaba en España– la forma aceptada por el culto católico. Un elemento fundamental en esta campaña fue el establecimiento de la figura del matrimonio como la norma en las relaciones entre hombres y mujeres, y de esta forma mantener control sobre las familias: “con la familia como núcleo social básico, podían esperar reproducir sus propias comunidades culturales, legales, sociales y económicas en el mundo recién descubierto” (Lavrin, 1991: 16).

A su vez, la instauración de la figura de la familia se sostenía en el control de la sexualidad de las mujeres, a través de valores propios del catolicismo. Ann Twinam (1991) afirma que durante la Colonia existió un ideal de la sexualidad de las mujeres con la noción de virginidad como modelo a seguir. El culto a la figura de la virgen adquirió tanta fuerza dentro de la Iglesia después del concilio de Trento, que vírgenes como Rosa de Lima fueron elevadas a santas. Esto influyó en que la abstinencia sexual fuera una característica sumamente preciada en las mujeres –no así entre los hombres– llegando a considerar la virginidad como el requisito más importante para mantener el honor.

Esta característica era, en la América Latina colonial, continúa Twinam (1991), un valor atravesado por “la clase, la raza y la época”, de ahí que el control de la sexualidad de las mujeres a partir del honor no se aplicaba de igual manera a las mujeres indígenas que a las mujeres negras o a las españolas, portuguesas o mestizas. La importancia del honor de las mujeres adquiría mayores dimensiones dentro de las élites debido a que era un atributo que permitía u obstaculizaba la movilidad social de toda la familia, incluso de las futuras generaciones:

El honor colocaba a las familias de las élites no sólo en un espacio social, sino en un tiempo familiar. Una parte de él se heredaba, incluyendo el concepto de la pureza de sangre, ya que quienes pertenecían a los estratos altos debían demostrar que sus antepasados no habían sido moros, judíos, herejes o, en las colonias, negros o indígenas. El honor no era sólo una herencia de pureza racial o religiosa, sino que representaba la historia personal de las generaciones pasadas al mencionar si el individuo era legítimo o no (p. 131).

En una sociedad como la colonial, en la que el poder estaba profundamente relacionado con el concepto de raza, mantener el control sobre la sexualidad femenina era la forma más viable para garantizar descendencia legítima. No así con la sexualidad masculina: los hombres podían mantener el honor a pesar de

tener relaciones prematrimoniales, por lo que es posible observar que era más importante para las instituciones coloniales en América Latina el control sobre la capacidad reproductora de las mujeres.

Si bien no es intención de este trabajo hacer un recuento de la historia de la sexualidad en la región, este breve preámbulo nos permite tomar en cuenta las bases comunes que tienen las mujeres latinoamericanas en la materia. La influencia de la Iglesia católica principalmente –aunque con el tiempo otros grupos religiosos han ganado terreno en la materia– se mantiene a pesar del tiempo transcurrido desde el periodo que describimos; su autoridad sobre la sexualidad y la reproducción es incuestionable a pesar de que el laicismo se ha instaurado en la región.

La intervención de los papas en materia de sexualidad en el continente más católico del mundo ha sido ya analizada, en particular la del papa Juan Pablo II, por ser una de las autoridades católicas que mayor interés mostró en fomentar una moral cristiana a partir de las relaciones políticas con las autoridades estatales. De acuerdo con González Ruiz (2006: 9-12), entre las tesis referentes a la moral sexual propuestas por el Juan Pablo II se encuentran:

1. “La idealización del pudor y de la abstinencia sexual”, que condena las relaciones sexuales fuera del matrimonio y la masturbación, y considera la abstinencia como el único método anticonceptivo permitido.
2. La vida humana surge desde el momento de la concepción, por lo que se opone al aborto y a la clonación.
3. El único modelo de familia aceptado “es el que se basa en el matrimonio: heterosexual, monógamo e indisoluble.
4. La necesidad de “proteger” a la familia de la difusión de contenidos eróticos.
5. “Los padres tienen el derecho de educar a sus hijos conforme a sus creencias religiosas”.

Estos principios religiosos se han convertido en la justificación principal de actores políticos y de organizaciones sociales para frenar la agenda sexual y reproductiva. Por ejemplo, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, que se realizó en El Cairo, se discutió por primera vez en la arena mundial el reconocimiento de la salud reproductiva, y los derechos sexuales y reproductivos. En dicho evento, los representantes de Perú, El Salvador, Argentina, República Dominicana, Nicaragua, Paraguay, Guatemala, Ecuador y Honduras expresaron reservas ante la aprobación de ciertos temas, como la despenalización del aborto y los matrimonios entre personas del mismo sexo. Al respecto, el representante de Nicaragua declaró:

El Gobierno de Nicaragua, de acuerdo con su Constitución y sus leyes y como signatario de la Convención Americana de Derechos Humanos, confirma que toda persona tiene derecho a la vida, siendo este un derecho fundamental inalienable y que este derecho comienza desde el momento de la concepción.

En consecuencia, primero, acepta que la familia puede tener distintas formas, pero en ningún caso puede ser alterada su esencia que es la unión entre varón y mujer de la cual deriva la nueva vida humana.

En segundo lugar, acepta los conceptos de “planificación familiar”; “salud sexual”; “salud reproductiva”; “derechos reproductivos” y “derechos sexuales”, haciendo reserva expresa del contenido de dichos términos y de cualesquiera otros, siempre que uno de sus componentes sea el aborto o la interrupción del embarazo (ONU, 1994: 129).

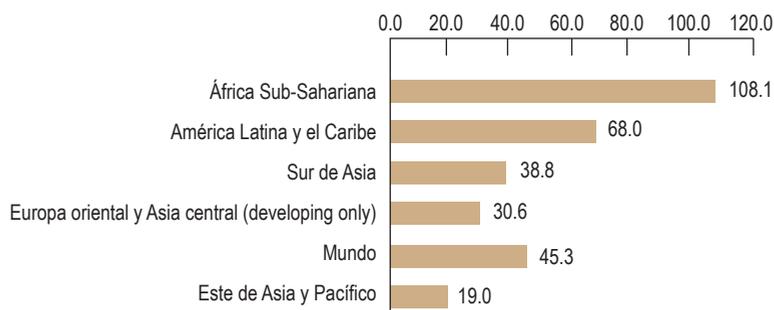
Los valores derivados de la moral cristiana han originado en gran medida las carencias en salud reproductiva que existen en América Latina: la protección de la vida es el principal argumento contra la despenalización del aborto; la protección de la familia ha frenado el reconocimiento jurídico del matrimonio entre personas del mismo sexo; la protección de la libertad de los padres de decidir el tipo de educación de sus hijos limita el acceso de estos a una educación sexual con bases científicas. Se trata de un debate en materia de salud pública en la que las cuestiones subjetivas han predominado por encima de argumentos científicos y jurídicos. De manera que para estudiar la salud reproductiva en América Latina es necesario tomar en cuenta las condiciones multidimensionales que moldean sus circunstancias y los obstáculos que dificultan su reconocimiento. Pobreza, salud reproductiva y conservadurismo se articulan pues en el caso de estudio que atañe a esta investigación.

Un problema particularmente apremiante en América Latina es el embarazo en niñas y adolescentes. Las tasas de embarazos adolescentes no mantienen una disminución sostenida como sucede en otras partes del mundo. La CEPAL estimó que en el periodo 2000-2005, la posibilidad para una joven de entre 15 y 19 años de edad de dar a luz a un hijo vivo, tenía valores por encima de los 100 000, mientras que en los países desarrollados se observaban tasas de menos de 20 000 (Rodríguez Wong y Perpétuo, 2011). Además, América Latina es la segunda región del mundo con mayores tasas de fecundidad adolescente (Figura 2), por debajo del África Sub-Sahariana. El problema de los embarazos en adolescentes es sumamente relevante para la presente investigación, dado que ha alcanzado altos niveles en Guanajuato: entre los años 2006 y 2013 se incrementaron en 50% los embarazos en jóvenes; un incremento de 47% en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, y un preocupante 82% en niñas de entre 12 y 14 años de edad (Fiorenza, 2015). Entre las principales causas del elevado índice de embarazos podemos contar la falta de acceso a

métodos anticonceptivos, la carencia de servicios de salud adecuados y la falta de una salud sexual efectiva en la educación básica; problemas que tienen su raíz en cuestiones presupuesto e infraestructura, como culturales, tanto veremos en el desarrollo de esta investigación.

Figura 2

Tasa específica de fecundidad adolescente por regiones durante el año 2012

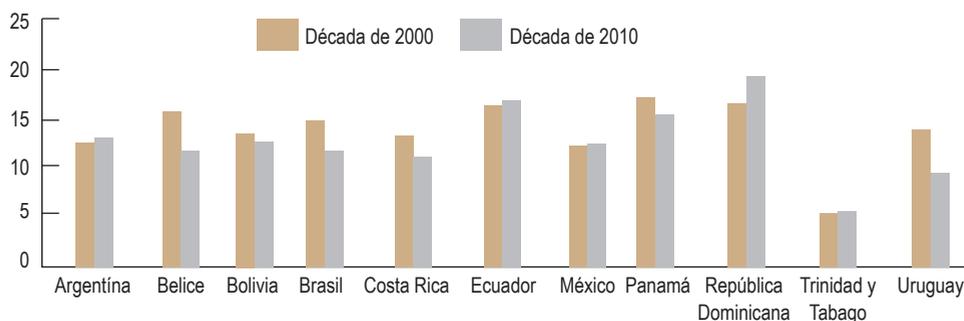


Fuente: Tobar (2016: 1).

Entre los países de América Latina que han presentado un incremento entre 2000 y 2010 en el número de adolescentes de entre 15 y 19 años que son madres se encuentran Argentina, Ecuador, República Dominicana y México (Figura 3). Las consecuencias de este problema de salud pública no son menores: las niñas y adolescentes que tienen embarazos a temprana edad son más vulnerables a la deserción escolar y a experimentar complicaciones durante el parto.

Figura 3

Mujeres de entre 15 y 19 años que son madres en países seleccionados de América Latina 2000-2010



Fuente: Caribe (2015: 193).

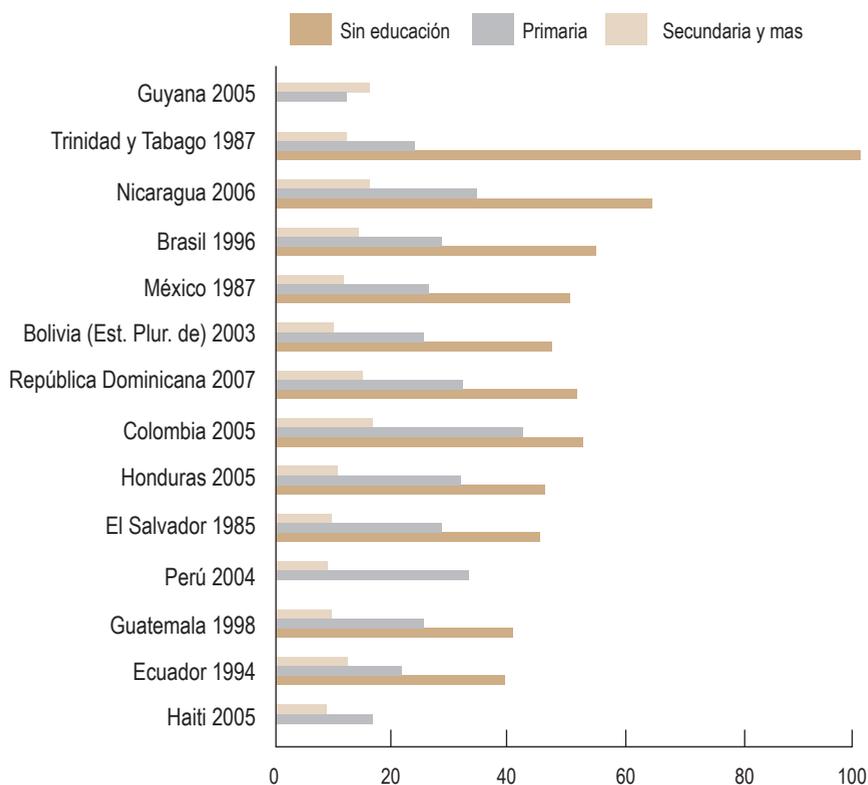
Las niñas y adolescentes en mayor riesgo de pasar por embarazos a temprana edad son aquellas que se encuentran en situación de pobreza. Sostiene la CEPAL sobre la situación de las mujeres jóvenes en Nicaragua:

La Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (2006-2007), por ejemplo, reporta una tasa de fecundidad adolescente de 22 por mil entre mujeres con más alta educación, sin embargo, la correspondiente a jóvenes sin educación, es 10 veces mayor: 221 por mil (citada en Rodríguez Wong y Perpétuo, 2011: 19).

Esta tendencia se encuentra en prácticamente todos los países de América Latina (Figura 4).

La mortalidad materna es otro componente de la salud sexual y reproductiva que alcanza cifras elevadas en América Latina. Debido a que la mayoría de las causas

Figura 4
Proporción de adolescentes que son madres según nivel de educación, en países seleccionados 1990-2000



Fuente: Rodríguez Wong y Perpétuo (2011: 20).

de muerte materna son evitables, podemos observar que este problema afecta principalmente a las mujeres en situación de pobreza, que carecen de servicios de salud adecuados, oportunos y de bajo costo. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en 2010 la razón de mortalidad materna² (RMM por sus siglas en inglés) estimada en América Latina fue de 72, es decir, un aproximado de 7 400 muertes, por encima del Cáucaso, Asia central, occidental, y oriental (exceptuando China) y del llamado mundo desarrollado, que presentó una proporción de 16 (OMS, 2012) (Tabla 2).

Tabla 2

Estimaciones de la Razón de Mortalidad Materna de América Latina y el Caribe 2000-2005

Año	RMM	Intervalo de incertidumbre de las estimaciones de la RMM			Número absoluto de:		
	(por 100.000)	Límite superior	Límite inferior	Razón	Muertes maternas	Nacidos vivos ^a	Mujeres 15 a 49 años ^a
	(a)	(b)	(c)	(d)= (c)/(b)	(e)= (a)*(f)	(f)	(g)
1995	190	114	308	2.7	22 184	11 676	125 718
2000	190	110	280	2.5	21 929	11 542	139 003
2005	130	81	230	2.8	14 510	11 162	149 669
Variación relativa (%) anual entre:							
1995-2005	-3.2	--	--	--	-3.5	-0.4	1.9
1995-2000	0.0	--	--	--	-1.1	-0.2	2.1
2000-2005	-6.3	--	--	--	-6.8	-0.7	1.5

a: Número en millones.

Fuente: Rodríguez Wong y Perpétuo (2011: 25).

La causa de muerte materna más polémica en América Latina es el aborto. A pesar de las elevadas cifras de muertes por complicaciones en abortos clandestinos, solo es permitido bajo cualquier circunstancia en cuatro países: Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay. En México, el aborto voluntario es permitido únicamente en la Ciudad de México. En el caso contrario, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana lo prohíben en todas las situaciones. República Dominicana es relevante en este sentido, porque a finales de 2014 el presidente Danilo Medina promovió la incorporación de la despenalización del aborto terapéutico en las reformas que se realizarían al código penal, mismas que se aprobaron el 16 de diciembre del mismo año. Sin embargo, un año después el Tribunal Constitu-

² El número de muertes maternas por cada 100 000 nacimientos.

cional de República Dominicana declaró inconstitucional el nuevo código penal, debido a irregularidades, luego de un recurso de inconstitucionalidad promovido por las organizaciones, Justicia y Transparencia, Transparencia y Democracia y Matrimonio Feliz, por lo que el aborto continúa prohibido bajo toda circunstancia. Chile también lo prohibía hasta el primero de marzo de 2016, cuando el Congreso aprobó su despenalización en tres situaciones: violación, riesgo para la vida de la mujer e inviabilidad del feto (Tabla 3).

Tabla 3
Situación legal del aborto en América Latina

Estatus legal del aborto	Países
Prohibido en todas las situaciones	El Salvador, Nicaragua, República Dominicana
Permitido en todas las causales	Cuba, Guyana, Puerto Rico, Uruguay (antes de las 12 semanas de gestación)
Permitido en caso de riesgo para la salud de la mujer	Antigua y Barbuda, Brasil (también en caso de violación y anomalías del feto), Chile (también en caso de violación e inviabilidad del feto), Costa Rica, Guatemala, Haití, México, Panamá, Paraguay, Surinam, Venezuela
Por salud física	Argentina (también por salud mental, violación y para salvar la vida de la mujer), Bahamas (también por salud mental y salvar la vida de la mujer), Bolivia (también por violación y salvar la vida de la mujer), Colombia (también por salud mental, violación, para salvar la vida de la mujer y por anomalías en el feto), Ecuador (también por salud mental, violación y para salvar la vida de la mujer), Granada (también por salud mental y salvar la vida de la mujer), Perú (también por salud mental y salvar la vida de la mujer)
Por salud mental	Jamaica (también por salud física y salvar la vida de la mujer), Trinidad y Tobago (también por salud física y salvar la vida de la mujer), Saint Kitts y Nevis (también por salud física y salvar la vida de la mujer), Santa Lucía (también por salud física y salvar la vida de la mujer)
Por cuestiones socioeconómicas	Barbados (también por salud mental, salud física, violación, para salvar la vida de la mujer y por anomalías en el feto), Belice (también por salud mental, salud física, para salvar la vida de la mujer y por anomalías en el feto), San Vicente y las Granadinas (también por salud mental, salud física, violación, para salvar la vida de la mujer y por anomalías en el feto)

Fuente: Elaboración propia con base en información del sitio web Clínicas-aborto.com.mx.

Cabe destacar que al interior de los países el estatus legal del aborto también cambia. Por ejemplo en México, Guanajuato, Querétaro y Guerrero, son los estados con

la legislación más restrictiva en torno al aborto, debido a que lo permite solo en dos situaciones, en caso de violación y cuando “el embarazo se produjo por una conducta imprudente o culposa de la mujer”.³ A diferencia que en el resto del país, en estos tres estados el aborto para salvar la vida en riesgo de la mujer está penado. Además, la protección de la vida desde la concepción, plasmada en el artículo 1^o de la constitución local, obstaculiza más aún la posibilidad de permitir legalmente el aborto seguro.

No obstante los avances legislativos de despenalización el aborto en algunos países, en la práctica el problema de las muertes por prácticas clandestinas se encuentra lejos de eliminarse. En Uruguay, país que despenalizó el aborto antes de las 12 semanas de gestación en toda circunstancia, diversas organizaciones por los derechos de las mujeres cuestionaron la falta de acceso al aborto seguro, a partir de la muerte de una joven de 21 años ocurrida en el departamento de Maldonado, por complicaciones durante la práctica de un aborto clandestino, a principios de 2016. Las organizaciones aseguran que aun cuando el aborto es legal, en los hospitales las mujeres se encuentran con dificultades para recibir atención, como consultas innecesarias, demoras en la atención para superar los plazos en los que el aborto se permite (12 semanas). En Guanajuato, a pesar de que el aborto se permite en caso de violación, los hospitales públicos no han realizado ninguno desde los años setenta.

Salud reproductiva y pobreza en Guanajuato

Me sentenciaron a 25 años, fui culpable sin derecho a nada. Aunque me hayan culpado yo siempre supe que no lo era. Es muy feo estar en ese lugar, es un infierno. En la cárcel me agredieron, me decían “ni los perros hacen lo que tú haces” (Montaña, 2014).

El 23 de agosto de 2002, María Araceli Camargo de 18 años de edad, entró en la fosa séptica de su casa ubicada en La Grulla, ranchería del municipio de Dolores Hidalgo en Guanajuato donde, pensando que padecía diarrea, expulsó de manera involuntaria un feto en avanzado estado de gestación. Sintiendo mal, Araceli pidió ayuda a Remedios, su mamá y Lidia, su hermana, quienes la llevaron a un hospital público del municipio de San Miguel de Allende. Después de analizarla, un médico les preguntó a los familiares de la joven: “Ya no se hagan tarugas, ¿dónde está el niño?” (García, 2010). Aun cuando Araceli permanecía en el hospital, fue detenida por ser presunta culpable de infanticidio. La versión oficial del Ministerio Público sostiene una realidad completamente diferente a lo que vivió Araceli: que la joven había dado a luz “en la nopalera del patio, delante de la letrina, y que después

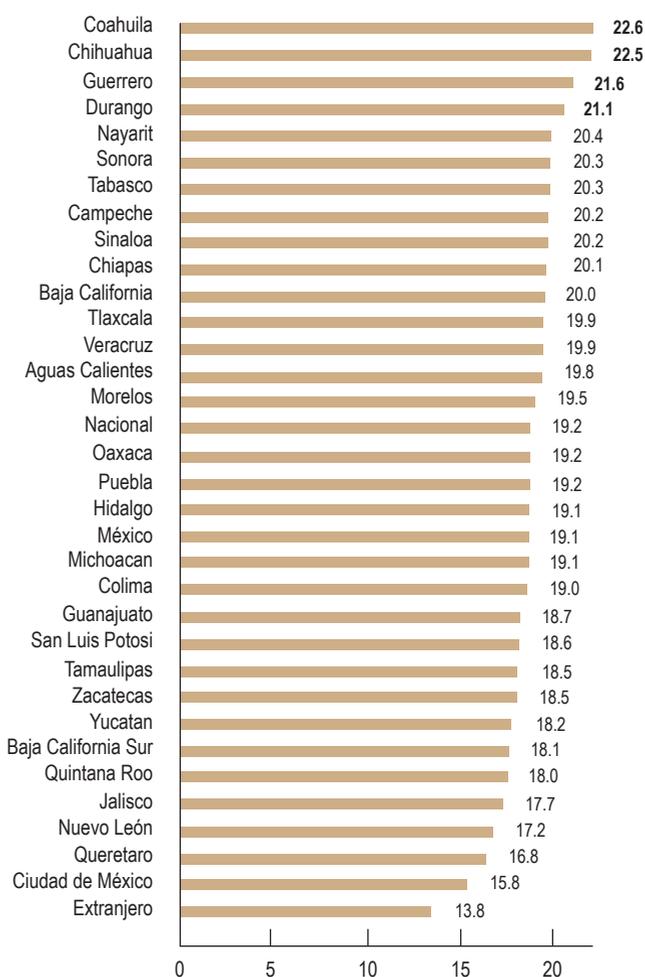
³ Véase Capítulo VII del Código Penal del Estado de Guanajuato.

arrojó viva a su niña al fondo de la fosa séptica” (*ídem*). El aborto espontáneo de Araceli quedó registrado como un infanticidio en razón de parentesco (a pesar de que no contaban con evidencias para sostenerlo), y fue condenada a 26 años de cárcel.

Guanajuato comparte importantes similitudes con la región en la que se encuentra. Por ejemplo, aunque se posiciona debajo de la media nacional en niveles de natalidad en mujeres menores de 20 años (Figura 5), los embarazos en adolescentes han representado un reto importante para las autoridades locales las cuales, aunque mantienen una postura conservadora en torno a la cuestión sexual, deben buscar estrategias que atiendan este problema.

Figura 5

Porcentaje de nacimientos registrados en mujeres menores de 20 años durante 2014 en México

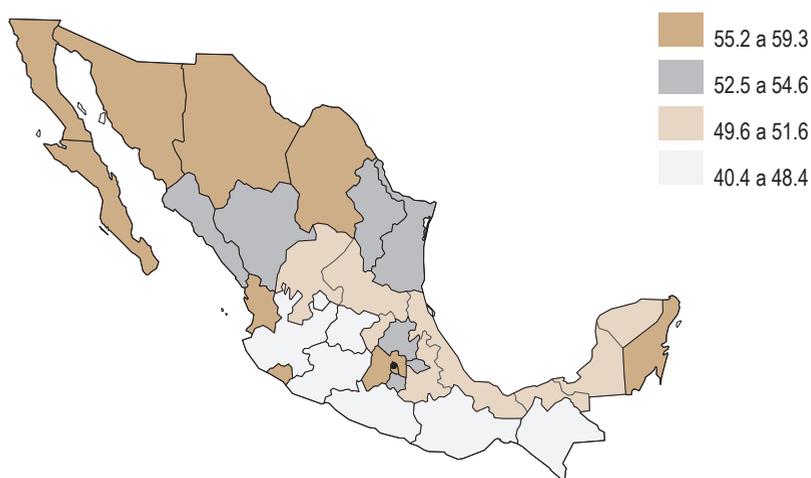


Fuente: Estadísticas de natalidad del INEGI.

Otro aspecto que destaca de la salud reproductiva en Guanajuato es la baja cantidad de usuarios de anticonceptivos que posee. Junto con Chiapas, Oaxaca, Michoacán y Guerrero, Guanajuato es uno de los estados con los porcentajes más bajos (Mapa 1).

Mapa 1

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa 2014



Fuente: INEGI (2014).

Como en los casos que observamos de América Latina, y de acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) según cifras de 2013, al año son denunciadas en todo el país 226 mujeres por interrupción de embarazo. Cinco de ellas son niñas de 15 a 17 años de edad, a quienes se les inició un tipo de proceso penal (Sánchez de Tagle, 2013). En el caso de Guanajuato, aunque se permite la interrupción del embarazo después de una violación sexual, la Secretaría de Salud del estado no ha practicado ninguna interrupción del embarazo a víctimas de violación desde 1978.

En la misma entidad, la educación sexual en las escuelas públicas también se ha visto afectada por el carácter conservador de la clase política. En 2014 Daniel Campos Lango diputado perteneciente al Partido Acción Nacional (PAN), propuso eliminar el artículo 18 de la Ley Para La Juventud del Estado de Guanajuato que trata sobre el fomento de la educación sexual (Balderas, 2014). Ya en 2009 la Secretaría de Educación de Guanajuato (SEG) había borrado de los libros de biología de educación secundaria, imágenes de los aparatos reproductores femenino y masculino. La falta de acceso a una educación sexual objetiva dificulta el ejercicio de una

sexualidad responsable y sin riesgos. Entre sus consecuencias podemos encontrar que la entidad tiene un problema de embarazos en adolescentes que no ha abordado con ninguna estrategia integral plausible.

La violencia de género a través de la limitación de formas de sexualidad que no se ciñan a una visión heteronormativa de la reproducción, en conjunción con la pobreza –no solo de recursos sino de capacidades– se combinan para generar un problema multidimensional que afecta numerosos aspectos de la vida de las mujeres pobres en Guanajuato, tal como señala Carmen, una de las mujeres entrevistadas durante el trabajo de campo de esta investigación:

- [Mientras narra la experiencia de sus embarazos] Normales, nomás la última fue cuando me vi muy mala porque me pegaba en la panza [su ex esposo], que quería que abortara...
- ¿Y qué hizo usted?
- Pues mi suegra en veces me defendía y a veces no me defendía porque tenía miedo (Comunicación personal, 26 de noviembre de 2015).

Esta pobreza multidimensional conjuga la inaccesibilidad a los medios que les permitan decidir el número de hijos que desean tener (si es que desean tener alguno), embarazos a temprana edad que dificultan a las niñas y adolescentes continuar con sus estudios, la ausencia de recursos para llevar un proceso judicial en donde además, todavía predomina la discriminación y la corrupción, lo que las puede llevar a cumplir condenas injustas, y a enfrentar mayor riesgo a sufrir muerte materna o fallecer debido a un aborto en condiciones insalubres, entre otros.

En este contexto ha surgido una respuesta importante por parte de organizaciones locales de mujeres que abogan por el respeto a los derechos de las mujeres en Guanajuato, en particular los derechos sexuales y reproductivos, tal es el caso de Las Libres y REDefine:

Los temas de derechos de las mujeres son temas que no les importa al gobierno. Entonces más bien tenemos que busca otros caminos que creemos o hemos creído que puede ser el litigio, justo para sentar los precedentes, porque al final cuando se socializan estos precedentes es que las mujeres podemos tener acceso a la información. Solamente así, no hemos encontrado otras formas para llegar a esas mujeres (Córdoba, K., comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

En el siguiente capítulo estableceremos las bases metodológicas de la presente investigación, los conceptos ordenadores y el enfoque teórico que guiará el análisis sobre la conjugación de la pobreza, la salud reproductiva y el conservadurismo en el estado de Guanajuato en general, y en su capital, en particular.

CAPÍTULO II

Pensar la salud reproductiva en Guanajuato. Notas para un debate teórico-metodológico

El presente capítulo establece las bases conceptuales, teóricas y metodológicas de la investigación a partir de las cuales se busca arrojar mayor claridad sobre las dimensiones del problema de estudio, responder las preguntas rectoras y problematizar la hipótesis; elementos que se presentaron en la introducción.

En una primera parte daremos cuenta del estado que mantienen los estudios sobre salud reproductiva, en los cuales se enmarca esta investigación, haciendo énfasis en los trabajos más importantes que han abordado la relación de salud reproductiva y pobreza.

En la siguiente estableceremos los principios del marco teórico desde donde abordaremos el objeto de estudio. La Antropología del Estado, el enfoque utilizado en esta investigación, propone el análisis de las relaciones entre el Estado y la sociedad a partir del proceso de configuración de la dominación tanto material como simbólica y la imposición de un orden moral en concordancia con los valores de los funcionarios estatales. Dado que uno de nuestros objetivos es comprender la forma en que el conservadurismo ha permeado en las acciones políticas dirigidas a la salud reproductiva, este enfoque teórico nos permite conocer las disputas entre diversos actores con perspectivas y valores encontrados, mismas que han impactado en la situación que guardan los derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato.

Posteriormente, presentaremos los conceptos ordenadores de la investigación: pobreza, sexualidad y reproducción y conservadurismo, donde prestaremos particular atención al valor de la protección de la vida por ser el argumento principal en el discurso conservador que cuestiona los avances en materia de salud reproductiva. Los conceptos se trabajan a partir de una visión abierta y articulada de los mismos, respetando el carácter multidimensional del problema que estudiamos.

Finalmente, explicaremos el diseño de investigación, la justificación detrás de la elección del método etnográfico y las herramientas utilizadas para la recolección de la información, y las maneras en que fue organizada y analizada.

Estado actual de los estudios sobre salud reproductiva

A partir de los años noventa el auge de los estudios sobre salud reproductiva ha ido en aumento, de manera que hoy representa un marco de análisis prolífico dentro de las ciencias sociales.

Aunque desde años atrás se había dado una mayor presencia de estudios sobre reproducción ya no desde el enfoque de la demografía que había dominado el campo en la mayor parte del siglo XX, sino con perspectiva de género, a partir de 1994 los estudios sobre salud reproductiva tuvieron un mayor impulso, por ser en esta fecha que se discutió por primera vez en la arena internacional dicho concepto, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en la ciudad de El Cairo, Egipto. En tal evento se dio una confluencia de perspectivas diversas desde el activismo, la academia y la función pública, que dieron forma a la salud reproductiva que hoy es reconocida por los marcos jurídicos de la mayoría de los países.

En la Conferencia, la salud reproductiva fue propuesta en lugar de las políticas de control natal y planificación familiar de corte maltushiano que imperaban en la segunda mitad del siglo XX, y que habían surgido como respuesta al aumento de la población mundial. Los grupos feministas ya habían acusado a tales estrategias de violar los derechos humanos y negar a las mujeres la posibilidad de decidir sobre su sexualidad, principalmente entre la población en situación de pobreza. Uno de los casos más denunciados fue el financiamiento de campañas de control natal en algunos países por parte de la United States Agency for International Development (USAID) mediante intervenciones violentas. Por ejemplo en Perú, durante la última mitad de la década de los noventa, con el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF) impulsado por el presidente Alberto Fujimori, y que causó la esterilización forzada de 272 028 mujeres y 22 004 hombres, la mayoría indígenas (Ballón, 2014). Del reconocimiento de tales antecedentes y de la necesidad de garantizar una reproducción segura y elegida, se establece el concepto de salud reproductiva como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de

atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 1994: 37).

La salud reproductiva que surge de este foro internacional es un estado de bienestar integral que implica no solo la ausencia de enfermedades, sino el disfrute y la decisión sobre la propia sexualidad en condiciones de seguridad. Desde esta perspectiva se aceptaba el uso de anticonceptivos, la impartición de educación sexual y el acceso a la salud durante el parto y el embarazo, como elementos fundamentales de la salud reproductiva. Sin embargo, la incorporación de la interrupción legal del embarazo fue una de las cuestiones más debatidas durante la Conferencia y que terminó por no ser aprobada por los representantes de los Estados.

Debido a que la salud reproductiva concibe la capacidad de decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y el acceso a los medios para hacerlo, como derechos fundamentales de la población, es imposible desvincular la salud reproductiva del derecho. La salud reproductiva no solo es un estado de bienestar, es –desde esta perspectiva– un derecho que los Estados deben defender y garantizar.

No obstante, y contrario a lo que se podría esperar, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos durante la Conferencia, no estuvo libre de obstáculos. Entonces, y debido a que los representantes de los Estados consideraban que su reconocimiento fomentaría la radicalización de la sexualidad en sus países y que daría lugar al reconocimiento legal del aborto, o la consecución de mayores libertades sexuales, las feministas que participaron en el debate incorporaron el concepto de *salud sexual* de manera estratégica, con el objetivo de “radicalizar el lenguaje para retener los *derechos reproductivos* en el documento final” (Correa, 2001: 131). Así, en el debate en el que se discutieron los derechos reproductivos y la salud reproductiva, se propuso la inclusión del reconocimiento del término derechos sexuales, lo cual se rechazó con base “en la negación de la diversidad sexual y en el temor que al aceptar derechos sexuales se estuviera también aceptando y reconociendo el derecho de las personas a definir su propia identidad” (Galdos Silva, 2013: 456). De manera que, aunque las nociones de salud y derechos reproductivos surgieron con cierta legitimidad institucional, los avances en el reconocimiento de la salud y derechos sexuales han sido más lentos y se deben más bien a los movimientos LGBTTTI (Correa, 2001: 132), que han buscado el derecho a vivir la sexualidad con libertad.

A partir de 1994 los estudios en la materia retoman las discusiones de El Cairo al reconocer dentro de la salud reproductiva las nociones de sexualidad, libertad y derechos, de manera que definen este campo

Como una perspectiva que reconoce el derecho de toda persona a: I) regular su fecundidad segura y eficientemente, II) tener y criar hijos saludables, III) comprender

y disfrutar su propia sexualidad, y IV) permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción (Salles y Tuirán, 2001: 94).

Sin embargo, el carácter amplio y diverso de la salud reproductiva ha provocado que en términos prácticos sea más que un concepto, un paraguas conceptual, retomando la idea de las autoras, que incluye las siguientes líneas de investigación: “derechos reproductivos, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, sexualidad humana, relaciones de género, y sexualidad adolescente” (p. 97). A estas agregamos el tema del aborto, que incorporamos a la noción de salud reproductiva a lo largo de la investigación.

Las vertientes consideradas dentro del campo de la salud reproductiva, han sido abordadas desde diversas perspectivas, de ahí que una característica importante de este enfoque sea la multidisciplinariedad. Si bien la mayoría de trabajos en torno a este tema surgían tradicionalmente de la demografía y las ciencias naturales, analizando el aspecto biológico de la reproducción y su impacto en términos macroeconómicos y macrosociales, cada vez son más las investigaciones que se hacen desde la sociología, la antropología, la ciencia política y la psicología –por mencionar algunas– de manera que aunque no se niega la parte natural de la reproducción y la sexualidad, se visibiliza además su carácter social, cultural, político e histórico.

La diversidad de enfoques desde donde se aborda la salud reproductiva consigue que no haya un marco teórico único, favoreciendo una discusión compleja del tema. Algunos la han estudiado a partir del construccionismo. Tal es el caso de John H. Gagnon, reconocido por sus reflexiones en torno a las bases sociales de la sexualidad humana desde el construccionismo social, enfoque que privilegia un análisis desde las acciones de los individuos y no desde las estructuras o instituciones. Desde esta perspectiva, las llamadas *unidades socioculturales delimitadas*, como la sociedad, la cultura o la clase, son *producidas y reproducidas* por las acciones de los individuos. No existen estructuras, sino *situaciones estructuradas* (Gagnon, 2001: 65). Desde este enfoque, Gagnon considera que

Los cambios en las tasas de fecundidad no pueden entenderse excepto como líneas de acción tomadas por individuos conforme a la manera en que ellos y las personas importantes que los rodean interpretan el potencial, en términos de fecundidad, de las circunstancias en que se encuentran (p. 71).

Si bien es posible analizar la salud reproductiva a partir de las acciones, de las decisiones y las subjetividades de los individuos, el construccionismo social ha sido cuestionado por su dificultad para aportar opciones políticas. Por su parte, Néstor García

Canclini considera que desde el construccionismo social se corre el riesgo de considerar de manera irreal que los individuos o las *clases subalternas* pueden determinar los procesos globales en los que están inmersos (Amuchástegui Herrera, 2001: 85).

Fue en los años setenta que se dio una conjunción “entre los estudios de las mujeres y la sexualidad y el posestructuralismo o constructivismo”, en el cual se enmarcarían dos de los marcos teóricos más importantes para el estudio de la reproducción: el *sistema de género* y el análisis de la sexualidad como dispositivo, propuesto por Michel Foucault (Correa, 2001: 171). Volveremos a este punto más adelante.

Otro aspecto de este campo de estudio que cabe destacar es la vinculación que existe entre la salud reproductiva y diversos fenómenos sociales, ya que se reconoce el papel que la sexualidad tiene en numerosos problemas, en este caso: la pobreza, la desigualdad y exclusión. Esta articulación entre salud reproductiva y pobreza ha sido explorada por diversos estudios que analizan las formas en que la pobreza dificulta el goce de la salud reproductiva, pero también la forma en que la reproducción y la sexualidad bajo determinadas circunstancias profundizan la gravedad de este problema, y otras investigaciones que buscan comprender cómo se vive la salud reproductiva en condiciones de pobreza.

Entre los estudios de salud reproductiva y desigualdad, pobreza y exclusión que se han realizado en los últimos años podemos mencionar aquellos que analizan la relación entre desigualdad étnica y maternidad (Espinosa Damián, 2004), los problemas de la salud reproductiva como la mortalidad materna (Freyermuth y De la Torre, 2002) y la violencia obstétrica; infecciones de transmisión sexual y desigualdad social (Caballero y Villaseñor, 2008), así como el estudio del significado de la reproducción en contextos de pobreza (Castro, 2000), entre otros. En particular, destaca el trabajo en la materia realizado por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, antes Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Centro de Estudios Sociológicos ambos del Colegio de México en donde destacan los trabajos realizados por Ivonne Szasz, Juan Guillermo Figueroa, Claudio Stern y Susana Lerner, entre otros académicos.

Esta investigación se enmarca en el campo de estudio de la salud reproductiva y pobreza. Nuestra finalidad es contribuir a los avances que se han hecho para comprender el vínculo que existe entre estos dos fenómenos, incorporando la noción del conservadurismo y cómo este puede tener un impacto distinto en la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza. Cabe señalar que abordaremos tanto las dimensiones de salud reproductiva como de derechos sexuales y reproductivos en esta tesis.

El Estado en la sociedad como enfoque teórico

En los estudios realizados en el campo de la salud reproductiva destacan la sociedad y el Estado como actores determinantes en el proceso de reconocimiento, transformación y ejercicio de la salud reproductiva.

La vinculación entre estos actores nos ha llevado a recuperar el largo debate que se ha presentado en las ciencias sociales en torno al Estado y su dominación, para comprender hasta donde efectivamente ejerce un control sobre las vidas de las personas; en este caso, en la esfera de la reproducción y la sexualidad.

La dominación estatal difícilmente es cuestionada por las ciencias sociales, que parten de una definición de Estado influida por la reflexión que en torno a este realizó Max Weber. El tan parafraseado monopolio de la violencia física legítima propuesto por este autor, ha dado lugar a un mito respecto del Estado, que trae consigo dificultades analíticas.

Sin embargo, a finales de los años setenta surgió una corriente dentro de las ciencias sociales que cuestionaba la figura del Estado como se había abordado hasta la fecha. “Notes on the difficulty of studying the state”, de Philip Abrams, publicado en 1977 en el *Journal of Historical Sociology* sentó las bases de una crítica al Estado que seguirían otros autores y daría lugar a la llamada Antropología del Estado. En él, Abrams (2015) señala que el análisis que hace Weber de esta organización, se refiere a sistemas históricos concretos y no puede considerarse la norma –ni pretendía serlo–, el modelo bajo el cual el Estado debe analizarse. A su vez, el cambio de Estado a sistema de gobierno, propuesto por la ciencia política norteamericana tampoco arrojó mayor claridad a la discusión. Por lo tanto, tenemos en la práctica muy poca certeza de lo que en verdad es el Estado, dónde observarlo y hasta dónde alcanzan sus límites; incluso siendo el eje central del discurso político, es un objeto difícil de análisis empírico: “Parece necesario decir, entonces, que el Estado, concebido como una entidad sustancial y autónoma respecto de la sociedad, ha demostrado ser un objeto de análisis muy difícil de alcanzar” (p. 22).

Tal dificultad, continúa el autor, deriva principalmente del interés del Estado de obstaculizar su propio estudio. En este sentido, tanto las instituciones que lo conforman como muchos de los autores que lo analizan, han fortalecido una definición que responde más a la idea que se quiere mantener de este, pues conviene a sus fines. La definición que tenemos del Estado tiene más propósito político que analítico:

En otras palabras, el Estado surge de estos estudios como una cosa *ideológica*. Se puede entender como el dispositivo en función del cual se legitima el sometimiento; y, como cosa ideológica, puede en realidad demostrarse que trabaja así. Nos presenta el poder político institucionalizado de una forma que es a la vez integrada y aislada, y al satisfacer estas dos condiciones crea para nuestro tipo de sociedad una base aceptable para la sujeción (pp. 37-38).

La noción de ideología es relevante en la crítica que Abrams (2015) hace de los estudios predominantes del Estado que lo cosifican y lo dotan de una “corporeidad” que no es observable. Para él se trata de un “proyecto ideológico”, un ejercicio legitimizador (p. 53). Por lo tanto, un estudio que trate de comprender la acción política, y la dominación política, debe desplazar su atención del Estado por ser esta una “máscara” que oculta su intención política. En su lugar, Abrams (2015) propone, inspirado en Ralph Miliband, orientar el análisis hacia dos ejes: el “sistema-Estado” y la “idea-Estado” (p. 63).

La distinción entre las prácticas y la idea es una de las principales apuestas de la Antropología del Estado. Sin embargo, otros autores matizan la separación propuesta por Abrams (2015) para reconocer que, aunque es preciso conocer sus diferencias, debemos tener presente las formas en que ambas se articulan para moldear lo que conocemos como Estado: “el fenómeno que llamamos ‘el Estado’ surge de técnicas que permiten que prácticas materiales terrenales adquieran la apariencia de una forma abstracta, inmaterial (Mitchell, 2015: 146). El estudio de los procesos por los cuáles se conforma esta organización representa una característica relevante de dicha propuesta, ya que de esta manera se reconoce en el análisis el carácter histórico del Estado, y las particularidades que separan a los Estados concretos, de la figura ideal, universal y atemporal que predomina.

Otro rasgo de la Antropología del Estado es la atención que pone en los límites de este. Los autores que trabajan desde esta perspectiva consideran que uno de los mitos que se mantienen a su alrededor es el supuesto de que se trata de una institución autónoma y diferenciada de otras formas de organización, principalmente la sociedad, sobre las que ejerce una dominación incuestionable. Es necesario, por lo tanto, reconocer “lo cotidiano, como espacio de producción, negociación, transacción y contestación de significados dentro de redes y relaciones de poder mayores” (Mussetta, 2009: 111). Es tal la importancia que confieren al proceso de construcción del Estado en los espacios donde las instituciones estatales se encuentran con la sociedad que metodológicamente, se está trabajando en el desarrollo de etnografías del Estado que trasladen la atención que tradicionalmente se ha dirigido a las grandes estructuras y las élites, a las prácticas cotidianas en las que se pone en contacto con las personas, incidiendo en su vida diaria (Gupta, 2015: 75-76).

Estas preocupaciones se agruparon en una propuesta conocida como modelo relacional que se organiza en torno a las siguientes premisas:

Está centrado en los actores y rescata su complejidad y diversidad; los espacios de interacción constituyen los puntos nodales de observación puesto que en ellos se desarrollan las estrategias y se actualizan las relaciones sociales que construyen los actores entre sí; la implementación de la política resulta tan o más importante que el diseño de la misma para explicar sus impactos y efectos; y las interacciones generan consecuen-

cias —intencionales y no intencionales— e impactos en los actores sociales y estatales que deben ser cuidadosamente caracterizadas (Hevia de la Jara,¹ 2009: 47).

Joel Migdal (2011) es uno de los autores que han llevado los principios de la Antropología del Estado al terreno operativo, proponiendo un modelo relacional al que llama “el Estado en la sociedad”. A través de este modelo, el autor busca dar cuenta de “los escenarios de dominación y oposición”, donde el Estado y los diversos grupos que conforman la sociedad, negocian y se enfrentan, con la finalidad de imponer su autoridad sobre la vida de las personas, tanto en sus aspectos materiales como simbólicos. En este proceso, el Estado y la sociedad se moldearán mutuamente, llegando incluso a transformar, a partir de la interacción, sus objetivos iniciales:

En mi enfoque, el centro de la atención son esos entornos —esos escenarios de dominación y oposición— en los cuales diversas fuerzas sociales se enfrentan por cuestiones materiales y simbólicas, compitiendo por la supremacía a través de luchas y adaptaciones, encontronazos y coaliciones. No se trata de simples escenarios políticos en los cuales distintos grupos procuren conformar la política pública. Además de la disputa por la política gubernamental, se producen luchas y acuerdos acerca del orden moral básico y de la estructura misma en la cual debería determinarse lo que es correcto y lo que es incorrecto del comportamiento social cotidiano (p. 139).

Un análisis político que partiera de un enfoque Estado-céntrico llevaría a esta investigación a centrarse en una sola cara de la dominación en el plano de la determinación de los significados de la sexualidad y la reproducción. Si nos empeñáramos en comprenderlo como “una estructura que está sobre y por encima de los individuos que integran la sociedad” (Mussetta, 2009: 99), llegaríamos a concluir que la salud reproductiva de las mujeres está determinada por los valores de la élite política en Guanajuato, cuando la realidad presenta importantes matices, como se verá en los siguientes capítulos. La Antropología del Estado, en general, y el enfoque del “Estado en la sociedad”, nos permiten dar cuenta de la forma en que la salud reproductiva se encuentra en el centro de una discusión que incorpora diversas visiones, diversos valores y diversos actores que conforman la situación de esta en el contexto local.

Conceptos ordenadores

Los conceptos que se presentan a continuación sientan las bases de esta investigación, ya que definen tanto nuestra relación con la teoría como la forma en que realizamos el estudio del problema que nos atañe.

¹ Para un ejemplo de modelo relacional aplicado al análisis del programa Oportunidades o PROSPERA, véase Hevia de la Jara (2007).

De acuerdo con Hugo Zemelman, el concepto representa la base de la construcción teórica, en el sentido de que su elección determinará en gran medida el enfoque teórico desde dónde se analizará el objeto de estudio. En este caso, la selección del concepto de pobreza, por ejemplo, y no otros como vulnerabilidad o exclusión, nos lleva por un camino teórico distinto.

Además, continúa Zemelman (2009), los conceptos “constituyen recortes fragmentarios de la realidad” (p. 165), de manera que los elementos que incorporamos al análisis –y los que dejamos fuera–, dependen en gran medida de los conceptos con los que trabajamos.

La propuesta de Zemelman se toma aquí como un punto de partida para hacer un uso articulado de los conceptos ordenadores. Lo que nos interesa no es observar la pobreza, la sexualidad y la reproducción y el conservadurismo de manera aislada, sino cómo de su interacción surgen las particularidades del objeto de estudio. Dicha articulación permite ser un poco más fieles a la complejidad del caso analizado; de esta manera, aunque los conceptos fragmentan la realidad para posibilitar su abordaje, la articulación entre estos nos ayudan a desarrollar relaciones posibles entre fenómenos que se configuran entre sí.

A partir de estas bases que surgen de los planteamientos de Zemelman (2009), consideramos que los conceptos tienen las siguientes características:

1. Representan un conjunto de relaciones con que se organiza la mirada.
2. Son necesarios “para dar cuenta del movimiento de la realidad, o, usando una metáfora, del movimiento de las olas del mar” (Zemelman, 2013: 41).
3. Dado que se parte del supuesto que la realidad se mantiene en constante movimiento, los conceptos tampoco permanecen inamovibles, sino que se someten a una dialógica con el objeto, que transformará el sentido de los conceptos conforme la aproximación en el campo se profundice.
4. Entonces, “la función explicativa de la teoría no es negada, pero sí queda subordinada a esta relación fundada en categorías del pensamiento” (Zemelman, 2000: 51). Son estas las que definen el ángulo de observación, tanto de la realidad objetiva como de la teoría.

Mientras tanto, en la base de la articulación de los tres conceptos subyace la noción de poder como el hilo que va tejiendo la relación entre pobreza, salud reproductiva y conservadurismo. Partimos de la teorización que realiza Foucault (1994a) al respecto, en la que el poder no es producto únicamente de la coerción –aunque el uso de la represión ha estado presente en algunas situaciones de la problemática que se aborda–, sino de prácticas discursivas productivas:

Lo que hace que el poder se aferre, que sea aceptado, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que de hecho circula, produce cosas,

induce al placer, forma saber, produce discursos; es preciso considerarlo más como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social que como una instancia negativa que tiene como función reprimir (p. 48).

Concebir al poder no solo como una fuerza coercitiva, sino como una fuerza que normaliza prácticas, permite analizar los discursos, leyes y estrategias de gobierno tanto en su función comunicativa y normativa, como en su intención de “verdad”. Tal es el caso de la protección de la vida como valor incuestionable.

Ahora bien, el poder también atraviesa el estudio de la salud reproductiva, en cuanto que uno de los aspectos más importantes que incluye este concepto es la posibilidad de tener una reproducción libre y elegida. Para las mujeres, el cuerpo es el medio con el cuál entra en contacto con su realidad. Pero también, en él se encuentran “sus instrumentos y sus espacios de poder”: “la mujer vive el mundo desde su cuerpo” (Lagarde y de los Ríos, 2014: 200-201).

Tal es la importancia del cuerpo sobre la que las instituciones buscan mantener un control, que bajo valores conservadores ha representado una regulación de la sexualidad femenina al menos en dos sentidos, la procreación y el erotismo:

Se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad.

El erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres, se trata de las putas. Sin embargo, el erotismo está presente en la vida de todas las mujeres pero salvo el caso de las putas, en el resto está asociado de manera subordinada y al servicio de la procreación (pp. 202-203).

En el ámbito de los derechos, el carácter natural de la procreación ha suscitado que sean los derechos reproductivos los que hayan tenido mayor reconocimiento en el nivel mundial, a diferencia de los sexuales. Pues que la maternidad es algo natural desde una perspectiva biológica, es necesario proteger a la madre y al hijo. Sin embargo, el erotismo, la sexualidad sin fines reproductivos, no ha contado con el mismo respaldo; el profundo rechazo de muchas sociedades hacia la interrupción del embarazo y a la anticoncepción es una prueba de ello.

Pobreza

El concepto de pobreza ha sido profundamente discutido en las ciencias sociales y desde tal diversidad de perspectivas, que encontrar una definición única y generalmente aceptada parece imposible. De manera que la elección de una por encima de otras responde en este caso a los intereses de la investigación. Para los fines de

esta tesis, los planteamientos de la pobreza de capacidades propuesta por Amartya Sen, quien incorpora en el análisis las características sociales, culturales y políticas de dicho fenómeno, proporcionarán elementos importantes para el estudio de la problemática que aquí concierne, principalmente su concepción de la pobreza no solo como insuficiencia de recursos, sino como una carencia de capacidades –entendidas como oportunidades– derechos y libertades.

Dieterlen coincide en que la incorporación de nociones filosóficas como la libertad o autonomía al debate de la pobreza se hace más recurrente a partir de 1971, con la publicación de la obra *Teoría de la justicia* del filósofo estadounidense John Rawls, “que puso en el centro de las discusiones el problema de las distribuciones justas y la necesidad de hacer compatibles ciertos principios, que parecían no serlo, como la libertad y la igualdad” (Dieterlen, 2003: 14). La idea de “justicia como imparcialidad” que plantea en esta obra presenta una ruptura con el enfoque utilitarista que predominaba en esa época, y del que Jeremy Bentham era su principal figura. Mientras que para el utilitarismo la justicia dependía en última instancia de “la mayor suma de satisfacciones” o “el máximo equilibrio neto de satisfacción” sin importar su distribución u origen (Rawls, 1995: 41), “la justicia como imparcialidad” parte de un consenso que establece un principio de igual libertad por encima de los fines individuales y lo que les produzca satisfacción.

La separación con el utilitarismo originada con Rawls también impactó a la noción de bienestar, con la introducción del principio de los bienes primarios que puede ser entendida de la siguiente manera: “*maximiza el mínimo, sobre todas las personas, del acceso al conjunto de bienes primarios*. Este mandato es llamado el *principio de diferencia*” (López-Calva y Székely, 2006: 22). Tales bienes primarios son: “derechos, libertades, oportunidades, ingreso y riqueza” (Rawls, 1995: 69), a los que después se les agrega el auto respeto. La idea de igualdad de *bienes primarios* resultaba novedosa en una época en la que el equilibrio de satisfacción predominaba en los debates sobre justicia, y representó la base de la igualdad de capacidades que propuso más adelante Amartya Sen.

En ¿Igualdad de qué?, conferencia que Sen impartió en la Universidad de Stanford el 22 de mayo de 1979 durante el ciclo Tanner de conferencias sobre valores humanos, el economista desarrolla a partir de una revisión de los principios del utilitarismo y el rawlsianismo su propuesta de capacidades como una alternativa para la evaluación del bienestar individual (López-Calva y Székely, 2006: 21). Aunque en su obra hay una sustancial influencia de Rawls, la propuesta de Sen (1999a) rompe en algunos aspectos con el filósofo, principalmente en el énfasis que este pone en los bienes, y que para Sen son meros vehículos para el bienestar y no fines en sí mismos. La atención en los fines –o con mayor precisión, en las libertades como fines– es uno de los ejes de la teoría propuesta por Sen.

Con la incorporación de discusiones propias de la filosofía y de la ética a la esfera de la economía, Amartya Sen (1999a) hace también un cuestionamiento a los enfoques monetarios que habían dominado en el análisis de la pobreza. El enfoque monetario propone un método que identifica la pobreza a partir de una línea de ingresos que separa a las personas pobres de las que no lo son. Pero una de las limitantes de dicho enfoque es que el indicador de nivel de ingresos no basta para comprender la complejidad del fenómeno de la pobreza. En primer lugar, expone Sen (1999a), porque no introduce en su análisis la distribución de los ingresos entre personas pobres; es decir, se limita a cuantificar el número de personas que se encuentran debajo de la línea de pobreza, sin analizar las diferencias entre estas personas. El economista lo ilustra con un ejemplo: si una persona pobre realizara una transferencia de ingresos a otra cuyo nivel de pobreza es menor, el nivel de pobreza general no cambiaría en absoluto, pues ambas personas se encuentran debajo de la línea de la pobreza (Sen,1999b). Sin embargo, y esto es algo que se perdería dentro de tales enfoques, la calidad de vida de la persona que realiza la transferencia se vería profundamente afectada.

Una segunda razón de las limitantes del enfoque de la pobreza a partir de los ingresos, de acuerdo con Amartya Sen, es que dado que su unidad básica de medición es el hogar, tampoco permite observar las asimetrías en la distribución del ingreso en razón de género. Por ejemplo, la división de los recursos al interior del hogar suele ser desigual, pero este planteamiento, importante para el análisis de las diferencias de la pobreza en hombres y mujeres, se invisibiliza si medimos la pobreza bajo el supuesto de que la distribución del ingreso en la familia es equitativa, como presupone dicha unidad de medida.

Ante las limitantes que presentan los enfoques basados en el nivel de ingresos, Amartya Sen (1999a) propone una conceptualización de la pobreza a partir de las *capacidades*,² lo cual no significa una ausencia total de los ingresos en el análisis de la pobreza o de los funcionamientos, indicador utilizado en las concepciones utilitaristas de la pobreza, sino que estos representan medios para el desarrollo de las capacidades. En esta relación entre funcionamientos y capacidades, la noción de elección desempeña un papel fundamental:

Los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La *capacidad* de una persona refleja combinacio-

² En la obra *Nuevo examen de la desigualdad*, Amartya Sen (1999a: 122) hace énfasis en no confundir el enfoque de capacidades que propone en la mayoría de sus obras, con la llamada “Medida de Sen”, una serie de indicadores sensibles a la distribución del ingreso. Como he mencionado con anterioridad, el autor mantiene una posición escéptica ante los indicadores que conceptualizan la pobreza a partir de los niveles de ingresos.

nes alternativas de los funcionamientos que ésta puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección (Sen, 2004: 55-56).

En el planteamiento del economista, los funcionamientos aparecen como el resultado de las capacidades, o posibilidades. Así, la incorporación de la idea de capacidad como una serie de “combinaciones alternativas” de funcionamientos entre los cuales elegir, introduce unas dimensiones social y política a la discusión de la pobreza que me parecen relevantes. La pobreza no es entonces una condición individual, sino que está determinada por factores externos. El conjunto de posibilidades para elegir puede surgir del tipo de sistema político o de modelo económico establecidos en una sociedad, por mencionar algunos.

Partiendo de este enfoque, concebimos la pobreza “como el fracaso de las capacidades básicas para alcanzar determinados niveles mínimamente aceptables” (Sen, 1999a: 127), donde el fracaso de las capacidades se refiere a la inexistencia de posibilidades para que las personas vivan una vida digna. Uno de los aspectos más pertinentes del planteamiento de Sen para esta investigación es que las capacidades van más allá de las necesarias para sobrevivir (alimentación, vestido, salud, vivienda), y se consideran las capacidades que desembocan en una vida digna para la persona (participación política, cumplimiento de sus derechos). La incorporación de valores importantes para la dignidad humana en el análisis de la pobreza es una de las aportaciones más significativas del enfoque propuesto por Amartya Sen (1999a). Entre estos valores resalta la libertad. Considero necesario incorporar la discusión en torno a la libertad porque ha sido una de las consignas de las organizaciones de mujeres que abordaré, y que mantiene una estrecha relación con los derechos sexuales y reproductivos: la libertad de decidir sobre el propio cuerpo.

Como ya mencionamos, el enfoque de capacidades no elimina por completo la noción de recursos del análisis de la pobreza, pero en lugar de ser concebidos como fines (aumentar el ingreso como superación de dicho problema), son tratados como medios entre la pobreza y la libertad:

los recursos son importantes para la libertad, y los ingresos son cruciales para evitar la pobreza. Pero si nuestra preocupación es en último término la libertad, no podemos, dada la diversidad humana, tratar los recursos como si fueran lo mismo que la libertad (p. 129).

Una vez más los recursos desempeñan un papel fundamental en la pobreza de capacidades, pero debemos hacer énfasis en su carácter de medio y no fin.

A su vez, la libertad se relaciona con las capacidades, a partir de la elección o posibilidad de decidir, que a su vez depende de los arreglos sociales (Sen, 2004: 58). La relación entre libertad, capacidades y elección será de suma importancia para

el análisis que se realizará sobre la salud reproductiva en los programas sociales enfocados a la pobreza. Como observaremos, si lo que se busca es mejorar la calidad de vida de las personas, es fundamental incluir en las estrategias económicas y políticas, la consideración de la libertad como fin. Sin embargo, las políticas sociales difícilmente lo hacen. En la mayoría de los casos, evalúan su desempeño con base en los resultados: en el servicio otorgado, en la transferencia monetaria realizada. Pero en la mayoría de dichos programas, el apoyo suele ser condicionado; es decir, el beneficiario debe seguir ciertas pautas para continuar recibiendo el apoyo. Esto es así incluso en un programa diseñado bajo el enfoque de capacidades, como lo es PROSPERA, el proyecto más extenso en materia de desarrollo social en México. En el caso de Guanajuato, podremos observar que los talleres comunitarios de autocuidado de la salud que se imparten a las beneficiarias del programa se han convertido en una mera condición para mantener el apoyo monetario, mientras que la libertad de las mujeres de decidir de manera informada sobre su sexualidad, es un logro que no se ha alcanzado. La salud reproductiva no representa aquí un fin sino un medio. En un plano subjetivo, la visión que las mujeres tienen con esta no es de derecho, sino de responsabilidad. Resulta por lo tanto, de interés para la presente investigación, la incorporación de la libertad como objetivo de las estrategias enfocadas a la pobreza, que para Amartya Sen (2010) es necesaria por dos motivos:

Primero, más libertad nos da más oportunidad de perseguir nuestros objetivos, esas cosas que valoramos. Sirve por ejemplo, a nuestra habilidad para decidir cómo vivir y promover los fines que queremos impulsar. [...] Segundo, podemos atribuir importancia al proceso de elección como tal. Podemos, por ejemplo, asegurarnos de no ser forzados merced a la imposición de otros (p. 307).

La libertad para decidir cómo vivir es especialmente importante para este caso. El concepto de vida, y lo que distintos grupos de poder entienden por ella, puede ser un gran obstáculo para el reconocimiento de la salud reproductiva, y más todavía, de los derechos sexuales y reproductivos, en contra incluso de lo estipulado por los tratados internacionales firmados por México. En Guanajuato las mujeres en general, y las mujeres pobres en particular, cuentan con acceso a servicios de salud gratuitos, pero en el caso de la salud sexual y reproductiva, es un servicio condicionado por los valores impulsados por los grupos de poder en las instituciones, como lo es la protección de la vida.

Por otra parte, el ejercicio de la libertad, de acuerdo con Amartya Sen (1999a), se da a partir del derecho. Aquí se genera otra separación entre la perspectiva de capacidades y los tradicionales enfoques monetaristas y utilitaristas de la pobreza, los cuales no consideraban que los derechos tuvieran una importancia intrínseca, sino que eran asumidos como instrumentos para lograr utilidades.

En su libro *Rationality and freedom*, Sen (2003) recupera la caracterización que el filósofo Robert Nozick hace de los derechos “en términos de dar el control individual sobre ciertas decisiones, y ‘cada persona podrá ejercer su derecho como le plazca’” (p. 392; traducción propia),³ con el fin de dar cuenta de cómo la visión que se tiene del derecho en la filosofía política difiere significativamente de la visión que predomina en el pensamiento económico. Sin embargo, la conceptualización del derecho dentro del enfoque de capacidades se diferencia de ambas en dos sentidos: en el primero, la ruptura con la economía utilitarista reside en la idea de que la utilidad no es la base del derecho, sino la libertad; en el segundo, alejándose de la propuesta de Nozick, no se trata de un control individual, sino del respeto hacia lo que los demás consideran valioso: respeto a sus valores y a su persona.

Debido principalmente a la articulación que hace Amartya Sen (2003) entre capacidad, libertad, elección y derecho en su enfoque de la pobreza, su propuesta tuvo un impacto importante en la conceptualización de la pobreza en el ámbito académico, y en el diseño de estrategias y programas sociales enfocadas a combatir dicho problema. En América Latina la teoría del desarrollo como distribución de capacidades, a partir de los principios propuestos por Sen, formó parte de la revisión que se hizo en la región de las teorías del desarrollo a finales del siglo XX y principios del XXI, que pretendía presentar alternativas a las teorías neoliberal y neoclásica que dominaron hasta la década de los noventa (Schweinheim, 2011: 58). La teoría de Amartya Sen (2003) contribuyó a construir el enfoque de desarrollo humano que cuenta con un amplio consenso, y que “trata de reconocer que un aumento general de las capacidades de los individuos, y en particular de los miembros de los sectores sociales más desfavorecidos, redundará en un aumento general del desarrollo” (p. 62). También ha contribuido al surgimiento del índice de desarrollo humano (IDH) impulsado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). No obstante su gran aceptación, el enfoque de capacidades no se encuentra exento de cuestionamientos.

Entre los principales cuestionamientos a la obra de Sen (1999a, 2004), podemos destacar la que se enmarca en la crítica al desarrollismo, o a aquellas estrategias que tienen como meta principal lograr que los países “subdesarrollados” alcancen los niveles de desarrollo de los países potencia, sin considerar que la división internacional del trabajo y los procesos de acumulación de los países “desarrollados” han generado y sostenido las condiciones de los países periféricos.⁴ Otra crítica se enfoca en las contradicciones en la aplicación de la teoría de Sen en algunas políticas

³ Original en inglés: “Nozick characterizes rights in terms of giving the individual control over certain decisions, and ‘each person may exercise his right as he chooses’”.

⁴ Puede consultarse la obra de Immanuel Wallerstein. En América Latina los teóricos de la dependencia han trabajado este tema con profundidad. Véase Santos (2008).

sociales. En el caso de México, el programa PROSPERA aborda la pobreza desde el enfoque de capacidades propuesto por Sen,⁵ aunque el modelo de transferencia de renta condicionada que maneja el programa puede limitar la posibilidad de ejercer libertades, uno de los ejes fundamentales de dicho enfoque.

Para efectos de esta investigación, resultan particularmente pertinentes las precisiones que hace la filósofa Martha Nussbaum (2000) a la teoría de Amartya Sen, en especial el enfoque hacia problemáticas de las mujeres y la sistematización de las capacidades fundamentales, de las cuales Sen solo discute ciertos ejemplos distintos entre sí que imposibilitaban realizar una categorización de las capacidades que deben ser garantizadas en términos de igualdad (Gough, 2007-2008: 182). Cabe señalar que Nussbaum (2001) trabajó en colaboración con el economista en 1986 en el Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo (UNI/WIDER por sus siglas en inglés).

Sobre el primer punto Nussbaum (2001: 5) afirma que las mujeres no suelen tratarse como un fin en sí mismas, sino como instrumentos para las metas de los demás, por lo que incorpora al análisis de las capacidades el concepto de *each person's capability*, basado en el principio de cada persona como fin o como meta (2001: 5); es decir, que los derechos de las mujeres, la dignidad de las mujeres y de los demás grupos merecen el mismo respeto tanto de las leyes como de las instituciones. Pensando en la problemática de investigación, podríamos agregar que los programas sociales deberían considerar el bienestar de las mujeres como una meta en sí misma, y no como vehículo para la consecución del bienestar de sus familias.

En cuanto al segundo aspecto, que se refiere a la sistematización de las capacidades, Martha Nussbaum (2001) propone una lista de *capacidades centrales*, que pueden considerarse como elementos para el funcionamiento humano en los que existe un consenso global, culturalmente hablando (p. 74). Tales capacidades son las siguientes:

- a) vida,
- b) salud corporal,
- c) integridad corporal,
- d) sentidos, imaginación y pensamiento,
- e) emociones,
- f) razón práctica,
- g) afiliación,
- h) otras especies,
- i) capacidad para jugar y
- j) control sobre el propio entorno, tanto político como material (pp. 78-80).

⁵ https://www.prospera.gob.mx/swb/es/PROSPERA2015/Objeto_Mision_y_Vision, revisado el día 29 de diciembre de 2012.

Algunos aspectos de esta lista pueden dar pie a debates, como la protección de otras especies, que puede entrar en contradicción con el control material sobre el propio entorno, debido a que, aunque se refiere a la igualdad de acceso a propiedad de tierras, en el sistema económico imperante el control sobre lo material se ha traducido en la explotación desmedida del entorno natural.

Ciertos elementos de la lista son particularmente importantes para la presente investigación, como lo es la capacidad de tener una buena salud, en la que Nussbaum (2001) incluye la reproductiva, y la capacidad de vivir una vida digna, relacionada con la “razón práctica”, o la posibilidad de planificar la vida que uno desea. La incorporación de estos valores al análisis de la pobreza nos permiten conceptualizar el bienestar más allá de un monto de ingresos necesario para la subsistencia, y ser críticos con las estrategias que los gobiernos diseñan para disminuir los índices de la pobreza. ¿Tiene la mujer que recibe una transferencia de renta en el marco del programa PROSPERA la posibilidad de vivir la vida que ella desea? Otorgar métodos anticonceptivos a las mujeres, ¿garantiza su salud reproductiva? Los elementos que aporta una conceptualización de la pobreza a partir de las capacidades permite abordar estas interrogantes de manera multidimensional.

Sexualidad y reproducción

Como problema de estudio, la sexualidad ha sido más abordada desde diversas disciplinas como la biología, la medicina o la psicología. No fue sino hasta el siglo XX que se hizo frecuente su análisis como un fenómeno que también se construye socialmente.

El estudio que las ciencias sociales, en particular la sociología, han hecho de la sexualidad pueden sintetizarse en tres vertientes teóricas: “la visión de sexo/género, la sociología del cuerpo y el dispositivo de la sexualidad” (Minello, 1998: 39). Nelson Minello, quien hace una definición de tales perspectivas, sostiene que la primera: “presenta una visión cultural de la sexualidad”, “vincula la sexualidad con el poder”, “distingue, con Engels, por un lado la reproducción material y, por otro, la producción de los seres humanos mismos, la propagación de la especie”, y “plantea el plano de lo imaginario social” (*idem*).

La sociología del cuerpo, continúa, plantea la necesidad de estudiar al cuerpo humano no solo como “fenómeno biológico sino también el ser un cuerpo construido bajo la influencia de fuerzas socioculturales externas” (*idem*).

Por último, el dispositivo parte de la concepción de Foucault de anatómopolítica y *biopolítica*, con lo que se busca dar cuenta del “control, identificación y reproducción” del cuerpo individual y social (*idem*).

Estas tres teorías que señala Minello (1998), han contribuido a un análisis social de la sexualidad que supera los determinismos biológicos para tomar en conside-

ración los efectos que la economía, la política y la cultura tienen sobre el cuerpo sexuado, ya sea para moldearlo como para controlarlo. A su vez, se reconoce su carácter histórico, ya que esta no se ha mantenido inamovible a lo largo de la historia.

En la década de los setenta, Michel Foucault publicó 3 volúmenes de *Historia de la sexualidad* de los 6 que tenía planeado realizar, pero falleció antes de terminar su obra. La articulación entre sexualidad, conocimiento y poder, así como el dar cuenta del carácter histórico y social de la sexualidad que plasma el autor en *La voluntad de saber* (2011a), *El uso de los placeres* (2011b) y *La inquietud de sí* (1987), tendría una profunda influencia en los trabajos que se realizarían en el futuro sobre sexualidad y reproducción.

Las transformaciones de la sexualidad de las mujeres a lo largo de la historia a partir de relaciones de poder (de la pareja, de las instituciones) es uno de los aspectos más interesantes de la obra de Foucault. En el análisis que realiza de la sexualidad en la antigua Grecia, asegura que se podían encontrar similitudes con las formas de austeridad cristianas de la Europa occidental, aunque las razones eran distintas, y también el papel que desempeñaba la mujer en dichas prácticas sexuales. Foucault afirma que entre la antigua Grecia y la Europa cristiana se dio un cambio importante de la conceptualización de la virtud sexual de la mujer. Mientras que en esta última la imagen suprema de la virtud era el de la *joven* que protege su *virginidad*, y guarda *fidelidad a sus votos*, en la antigua Grecia la principal virtud sexual era la *templanza*, visible en la capacidad de dominar los apetitos.

Para los griegos el dominio sobre la propia naturaleza era una forma de poder, ejercido únicamente por los hombres tal como ejercían el dominio en la ciudad o en la casa:

Así como, en la casa, es el hombre el que manda; así como, en la ciudad, no está ni en los esclavos ni en los niños ni en las mujeres ejercer el poder, sino en los hombres y sólo en ellos, igualmente cada quien debe hacer valer sobre sí mismo sus cualidades de hombre” (2011b: 93).

Sin embargo, la *templanza* pese a ser una virtud masculina, también se podía encontrar en las mujeres, aunque solo de manera inacabada. Foucault (2011b) explica la compartición de la *templanza* entre hombres y mujeres como un aspecto necesario para el mantenimiento de una buena relación, debido a que la relación entre ambos es “política”, como la que se observa entre *gobernantes* y *gobernados*.

Las relaciones entre hombres y mujeres dentro de la institución del matrimonio, continúa Foucault (1987: 139), pasan por un cambio importante dentro del periodo del año II antes de Cristo hasta el II después de Cristo. Uno de los cambios más importantes es que la relación entre esposos sería menos de dominio y más de reciprocidad, por lo tanto el carácter primordial que tenía la procreación en las

relaciones sexuales –y con ello el papel de madre de la mujer al interior del matrimonio– se combina con valores como el *amor* y la *simpatía mutua*.

Con la llegada del periodo victoriano la sexualidad legítima se torna por completo hacia la reproducción. La procreación de hijos legítimos volvería a ser el fin principal de las relaciones conyugales, y el silencio se impondría sobre todos los discursos de sexualidades que no estuvieran enfocadas a la reproducción, lo cual coincidió con el auge del capitalismo y la asociación de la procreación con el aumento necesario de la fuerza de trabajo (2011: 11). Esta relación entre los campos económico y sexual resultan de suma importancia para la presente investigación.

Silvia Federici (2013) aborda también este planteamiento a partir del concepto de “disciplinamiento del cuerpo”, propuesto por Foucault, para afirmar que el Estado y la Iglesia establecieron una nueva política de control del cuerpo para “transformar las potencias del individuo en fuerza de trabajo” (p. 207). A esta nueva política abonarían los estudios que se hicieron sobre el cuerpo en la época, en particular los aportes de Descartes que justificaban la explotación de los trabajadores con la afirmación de que el hombre “es un autómatas y que no debe hacerse más duelo por su muerte que por la rotura de una herramienta” (p. 219).

No obstante las convergencias, una de las críticas más enriquecedoras que realiza Federici (2013) a la obra de Foucault es la del rescate histórico del periodo de cacería de brujas que tuvo profundas consecuencias para la normalización de la sexualidad de las mujeres, proceso histórico que Foucault dejó fuera de su análisis.

La autora afirma que en el siglo XVII, ante un decenso de la población que afectó la cuestión del trabajo en Europa, la caza de brujas funcionó en una parte para “criminalizar el control de la natalidad” de tal manera que la sexualidad estuviera destinada únicamente a la reproducción de más personas que se sumarían a la fuerza de trabajo (Federici, 2013: 287). La idea de la persecución de las mujeres en función del control sobre el propio cuerpo se sostiene por la relación que hubo entre anticoncepción, aborto y brujería, la cual era condenada por el papa Inocencio VIII en su bula de 1484 y que rescata Federici (2013): “A través de sus encantamientos, hechizos, conjuros y otras supersticiones execrables y encantos, enormidades y ofensas horribles, [las brujas] destruyen a los vástagos de las mujeres” (p. 283). A partir de esta condena el control de los procesos de procreación sería uno de los crímenes más perseguidos durante la caza. Las “criminales” no fueron solo las mujeres que ejercían control sobre su propio cuerpo, también otras mujeres que participaran en la anticoncepción, como las parteras. Debido a que junto a su labor de ayudar a las mujeres durante el parto, también hacían uso de plantas para evitar los embarazos o producir abortos, las parteras fueron excluidas de cualquier forma de participación en los procesos de la reproducción, con la medicalización del parto, la cual era predominantemente masculina. Cabe destacar que el desplazamiento de las parteras fue, y sigue siendo, una acción de control sobre la reproducción también en

América Latina. La pertinencia de este problema para la investigación de la salud reproductiva en personas en situación de pobreza se observa en la narración que realiza Carmen, una de las mujeres entrevistadas durante trabajo de campo, sobre las parteras en Guanajuato:

- Era como un hospital, cuartos con camas, es que antes así se usaba, y creo que todavía unas de sus hijas, sus nietas, siguen en lo mismo en el rancho...
- ¿Todavía atienden así?
- Carmen: Sí. Cuando la gente de veras que creo no tiene dinero pa' nada las atienden las parteras.
- *Sí, porque luego si sale caro...*
- Sí, que las soban y quien sabe qué...
- *Sí, es cierto...*
- Pues de esta [*señala a una de sus nietas para referir que fue durante su embarazo*], a mi hija la sobó una señora que ahí le hace a la chingadera, pero sí salió bien. Estaba sentada, venía sentada, y la sobó antes de aliviarse y salió bien esta...
- *Porque sí es peligroso...*
- Me la cernió en un rebozo [la envolvió] y quien sabe que tanto le hizo y salió normal (Comunicación personal, 26 de noviembre de 2015).

Para Carmen, la atención de las parteras, una práctica común en el pasado, se mantiene todavía entre las personas en situación de pobreza, lo que puede indicar que la atención médica durante el embarazo y parto, son accesibles solo para mujeres de ciertos estratos sociales. Sin embargo llama la atención, y eso se analizará en capítulos posteriores, que su hija contó con atención durante el embarazo por parte del centro de salud del municipio, y el parto se realizó en el “hospitalito”, uno de los hospitales comunitarios de Guanajuato, lo que parece indicar que hay una confianza en las prácticas de las parteras y en su eficacia, que no existe hacia los médicos.

En resumen, la crítica que hace Federici (2013) a la *Historia de la sexualidad* de Foucault no se debe únicamente a la falta de análisis de un momento histórico importante, sino que, al dejar de lado una etapa en la que se vivió principalmente la represión de la sexualidad de las mujeres, la autora considera que su análisis lo realiza “desde la perspectiva de un sujeto indiferenciado, de género neutro y como una actividad que tiene las mismas consecuencias para hombres y mujeres” (p. 302).

Incorporar un marco teórico que de cuenta del carácter histórico, social y cultural que ha tenido el control sobre la reproducción de las mujeres es fundamental para un acercamiento a la salud reproductiva que contemple particularidades de su contexto. Esto nos permitirá evitar hacer un abordaje universalista y atemporal del concepto que pueda nublar el análisis y generar resultados poco críticos con la situación que viven las mujeres en cuanto a su reproducción.

El conservadurismo y su concepción de la vida

El conservadurismo como corriente de pensamiento surge en respuesta a las transformaciones derivadas de la revolución francesa de 1789. En 1790 el escritor, filósofo y político irlandés Edmund Burke publica *Reflections on the Revolution in France* en la que realiza una crítica a los revolucionarios debido a que la ruptura que hacían los franceses con las instituciones del antiguo régimen, representaba un riesgo para la sociedad, la religión y la historia. Dicha obra sentaría las bases de una de las escuelas políticas más influyentes de la historia.

La herencia de Edmund Burke en la filosofía política posterior a su obra es innegable. Para Robert Nisbet (1995: 14-15), cambió la “perspectiva individualista” predominante, que surgió con las obras de Hobbes, Locke y Rousseau, quienes enfocaban su reflexión en el individuo, mientras que Burke y el conservadurismo en general, se enfocaron en las instituciones. Además, su influencia puede observarse en personajes como Hegel, Chateaubriand y Joseph de Maistre, quienes mostraban recelo ante el avance del individualismo y las transformaciones sociales que amenazaban la estabilidad de las instituciones.

Dado su discurso de continuidad y estabilidad, el conservadurismo ha sido particularmente atractivo durante épocas de transformaciones, como la revolución industrial, la cual consideraba riesgosa para el sistema de estatus social debido a la posibilidad del ascenso social a través del trabajo, que ponía en peligro el orden y la tradición (pp. 26-29). Otra época prolífica se dio a finales del siglo XIX, durante el proceso de organización del capitalismo, donde el conservadurismo se pronunció contra el socialismo, el movimiento obrero, el semitismo, el parlamentarismo e incluso la democracia. Después de la Segunda Guerra Mundial, esta corriente de pensamiento debió modificar su rechazo a esta última, dado el destacado papel que tuvo dicha corriente en la instauración de regímenes autoritarios (Nohlen, 2006: 260-261).

Hasta la fecha, el conservadurismo ha sabido adecuarse a las reglas de juego democráticas. Tanto a través de las altas élites y los partidos políticos como de organizaciones civiles, las bases de esta corriente de pensamiento se mantienen vigentes y en ocasiones han fungido como contrapeso a los avances en materia de libertades individuales en donde encontramos tal vez su principal campo de influencia. Entre tales bases podemos destacar:

- Una concepción de la naturaleza humana que parte de una visión cosmológica teocéntrica. La máxima “Dios es la medida de todas las cosas” que se encuentra en la base del conservadurismo evidencia la estrecha relación que tiene con la religión cristiana: dado que solo en la divinidad el hombre puede encontrar la perfección, debe llevar una vida apegada al dogma religioso para poder superar su propia imperfección (Harbour, 1985: 14).

- La diferencia, el orden y la tradición como pilares organizacionales del Estado y la sociedad. El pensamiento conservador ha propuesto a lo largo de la historia, una forma de organización basada en gradaciones sociales, debido a su convicción de la desigualdad como principal característica de la sociedad. Esto lo ha llevado a rechazar el principio de soberanía popular, sostén de la democracia, de ahí su rechazo a esta forma de gobierno.
- Otra característica de la propuesta política del conservadurismo es la importancia de los principios del orden y la tradición. En general esta corriente desconfía de los cambios, y de las instituciones derivadas de ellos, siempre que no mantengan cierta continuidad con el pasado, o que no sean respetuosas con un orden moral superior basado en el dogma religioso, debido a que, de nuevo, solo en la divinidad se encuentra la posibilidad de acercarnos a la perfectibilidad (Rossiter, 1986: 41).

Otro aspecto del conservadurismo que es pertinente analizar por su relevancia para una investigación que considera medular la influencia que esta corriente de pensamiento tiene sobre la dimensión de la sexualidad y la reproducción, es su sistema de valores. Este, en términos generales, es particularmente conocido debido principalmente a que sus valores más representativos se han mantenido hasta nuestros días sin grandes modificaciones. Los valores básicos del pensamiento conservador son la libertad, la propiedad privada y la protección de la vida, cuya comprensión es de sumo interés para los fines de la investigación.

El valor de la libertad es uno de los más representativos de esta corriente, a pesar de que entra en contradicción con algunos de sus principios, como el orden. ¿Qué es más valioso: proteger la libertad o mantener el orden? El conservadurismo, que parte de la idea de que el ser humano es imperfecto, considera que la libertad sin límites puede provocar daño, situación que genera tensión entre la libertad y el orden. La clave para superar esa tensión, de acuerdo con Harbour (1985: 106-107) se encuentra en el fomento de la virtud, que lleve al ser humano a elegir el bien sobre el mal.

La propiedad privada es tan relevante para el pensamiento conservador que se ha llegado a conocer como “el principal fetiche del conservadurismo” (Oliet Pala, 1994). Por ejemplo, para Burke, la nacionalización de los bienes eclesiásticos durante la revolución francesa fue uno de los crímenes más graves de los revolucionarios. Burke, con base en el principio de la desigualdad natural de la sociedad, consideraba que la propiedad desigual de la tierra era una característica del desarrollo social.

Uno de los valores más representativos de esta corriente de pensamiento es la protección de la vida. Debido a la importancia que tiene el dogma religioso para el conservadurismo, la vida es sumamente preciada. Desde esta perspectiva, el ser humano es una creación de Dios, hecho a su imagen y semejanza por lo que su vida

es sagrada. Según Rossiter (1986), este valor “se funda en la eterna verdad de que el hombre es un fin y no un medio” (p. 41). Sobre el mismo, se sostiene uno de los principales argumentos de los conservadores en su cuestionamiento de la agenda de la salud reproductiva, premisa medular de esta investigación.

El diseño de la investigación

La articulación de los planos de la realidad, propuesta por Hugo Zemelman (2009) en *Uso crítico de la teoría*, resultó pertinente para establecer los planos de la realidad que confluyen en el fenómeno que analizaremos y de los que surgen las líneas ordenadoras de este estudio.

Nuestro problema central es la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato. Sin embargo, al tratarse de una realidad compleja, los planos de la realidad funcionan como guía para un abordaje multidimensional de la misma. Coincido con Hugo Zemelman (2009) cuando afirma que

El proceso constructor del objeto consiste en reconstruir un campo articulado con base en un problema eje que sirva de punto de partida del conocimiento. Corresponde al esfuerzo de pensar de acuerdo con los requerimientos de un campo de posibilidades, en forma que pueda llegarse a fijar el contenido teórico de una proposición, rompiendo con la fragmentación de la observación sobre la realidad, a través de las articulaciones posibles del problema eje. Se trata, pues, de aquellos campos de posibilidades, no homogéneos ni semánticamente cerrados, a que nos hemos referido (p. 180).

De esta manera, el problema central está atravesado por la influencia de los planos de la realidad en, al menos, las siguientes posibilidades:

1. Las instituciones políticas adoptan una postura conservadora de protección de la vida que se traduce en el control de la reproducción.
2. Las políticas de control de la reproducción generan obstáculos para el ejercicio de una reproducción libre, planeada y sin riesgos, sin la cual no podemos hablar de que las mujeres posean salud reproductiva.
3. El control de la reproducción se combina con la falta de recursos y oportunidades de elección de las mujeres pobres para agudizar el problema de la falta de salud reproductiva.
4. Las mujeres interiorizan una visión de la sexualidad y la reproducción derivada de la posición conservadora en torno a la protección de la vida, reproducida por diversos actores legitimadores (la Iglesia, los medios de comunicación, las organizaciones “provida”). Esto, aunado a la inaccesibilidad de las mujeres en situación de pobreza a una educación sexual de calidad, dificulta la concientización de la reproducción segura y elegida como derecho fundamental.

5. Diversas organizaciones por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres cuestionan el sentido de la protección de la vida hegemónica, con lo que se propicia la difusión de un discurso que contrarreste al discurso oficial, y puede favorecer cambios en la subjetividad de las mujeres. También puede generar transformaciones en las instituciones políticas.

Las posibles relaciones entre planos confluyen no solo en el problema central, sino de manera horizontal, lo que produce la especificidad del contexto en el que se plantea el objeto de estudio, y que provoca una lectura crítica y dinámica de la teoría. El trabajo de campo tendrá entre sus objetivos evidenciar si estas convergencias tienen de verdad efecto en la salud reproductiva de las mujeres pobres en Guanajuato, o qué otras relaciones desempeñan un papel importante en el desarrollo del problema.

Las relaciones entre Estado y sociedad como base de la investigación

La presente investigación se enmarca en un debate más general: la relación entre Estado y sociedad y el grado de influencia y autonomía de uno sobre el otro. Partimos de la propuesta hecha por la Antropología del Estado de hacer énfasis en los procesos en los que se conforman mutuamente.

En las siguientes páginas se establecen los lineamientos que dieron forma a la investigación, desde el planteamiento del problema hasta el análisis de la información obtenida mediante trabajo de campo y revisión documental.

Debido a que estudiamos las formas en que los diversos actores sociales del contexto de Guanajuato se disputan, retomando a Joel Midgal (2011), el control material y simbólico de la sexualidad (en particular la femenina) y la reproducción en el espacio local, lo que a su vez impacta de manera diferenciada en el ejercicio de la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza, la investigación tuvo como eje del diseño a los actores que intervienen en dicha disputa: el Estado y la sociedad.

El primero es entendido, una vez más, a partir de la propuesta de la Antropología del Estado, de identificar la práctica y la imagen, las acciones políticas y el discurso que busca legitimar una idea de sí mismo. Para nuestro objeto de estudio, las prácticas se encuentran en las acciones de gobierno que se han realizado en materia de salud reproductiva: su presencia o ausencia en la agenda pública, el diseño y la aplicación de programas, su incorporación en el marco jurídico, o el rechazo por parte de las instituciones estatales a cumplir las normas que reconocen los derechos sexuales y reproductivos. A su vez, la imagen busca dar cuenta del discurso que la clase política ha construido alrededor de la sexualidad y la reproducción, en el que se crea una idea de un Estado protector de la vida y la familia. (Tabla 4).

Tabla 4**Dimensiones del análisis del estado en Guanajuato**

Práctica	Imagen
Agenda pública	Discurso
Programas públicos	a) Declaraciones oficiales
Marco jurídico	b) Resoluciones judiciales
	c) Posturas ante el Congreso

Fuente: Elaboración propia.

Para el estudio del Estado recurrimos al modelo de los niveles de organización estatal, propuesto por Joel Migdal (2011), el cual fragmenta para su análisis a dicha institución en cuatro niveles organizativos: las alturas dominantes, las oficinas centrales, las oficinas locales dispersas y las trincheras (Tabla 5). Este modelo nos permitió observar dos fenómenos: la existencia de una discrepancia entre la imagen del Estado y sus prácticas, y la forma en que la salud reproductiva es abordada de manera diferente en los distintos niveles de organización estatal, mostrando la influencia que tienen las particularidades del contexto en el reconocimiento de la salud reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 5**Aplicación de los niveles de organización estatal a la investigación**

Las alturas dominantes	Gobierno federal
Las oficinas centrales	Secretarías de Estado
Las oficinas locales dispersas	Gobierno estatal
Las trincheras	Gobierno municipal

Fuente: Elaboración propia con base en Migdal (2011: 154-162).

Para el estudio de los diferentes niveles de organización estatal, analizamos los planes de desarrollo, como muestra de la agenda institucional de un gobierno, así como los programas sociales creados en la materia, para observar: a) si la salud reproductiva es reconocida como problema público y si se ha incorporado a la agenda, con lo que se convierte en un problema prioritario y b) si se desarrollan estrategias para garantizar su ejercicio. Por ser Guanajuato el lugar de estudio de esta investigación, el análisis de las prácticas y la imagen fue más minucioso tanto en lo estatal como en lo municipal, incorporando a los criterios antes señalados, el seguimiento de discusiones que tuvieron impacto en la salud reproductiva en la entidad, como la protección de la vida en el nivel constitucional y el rechazo al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y

adolescentes. Para esto se recurrió a notas periodísticas y diarios de debates de las sesiones legislativas.

El segundo actor clave para esta tesis es la sociedad, que a su vez fue estudiada desde dos perspectivas: algunas organizaciones sociales y una parte de la sociedad, enfocándonos en las mujeres en situación de pobreza. Las organizaciones sociales que interesaba conocer eran aquellas que han participado en el proceso de reconocimiento de los derechos sexuales y la salud reproductiva, ya fuera para lograrlos como para obstaculizarlos. En este sentido las organizaciones más relevantes son los grupos feministas, los partidos políticos y la Iglesia católica, que si bien no son los únicos, han sido los más activos en dicho proceso. Respecto de los partidos políticos, nuestro análisis se enfocó en el PAN por ser el de mayor peso en la entidad, y que tiene una tradición conservadora que se ha pronunciado en materia de sexualidad y reproducción. Para conocer el papel que este partido ha desempeñado en el proceso de configuración de la salud reproductiva, recurrimos al examen de sus documentos fundamentales como la declaración de principios y su plataforma política, además de la revisión de material periodístico.

Esta fuente también fue utilizada para la comprensión del papel de la Iglesia católica en este proceso, así como la fotografía como herramienta para conocer la influencia simbólica que esta institución ejerce en la visión que la sociedad tiene sobre la sexualidad. Las fotografías fueron tomadas durante las visitas de trabajo de campo y muestran una campaña implementada por los miembros eclesiásticos del municipio de Guanajuato a favor de la protección de la vida (véase Anexo A).

Las organizaciones feministas fueron elegidas en función del trabajo realizado para alcanzar un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en la entidad. Se entrevistó a integrantes de dos organizaciones: la Clínica Jurídica de Derechos Humanos de las Mujeres, perteneciente a la organización Las Libres, y a REDefine con sede en León. Cabe señalar que aunque las Libres son una organización con una influencia indiscutible en la materia, derivada de su trayectoria, no fue posible contactar a sus miembros, lo cual hubiera sido enriquecedor. Sin embargo, las integrantes de la Clínica aportaron información no solo sobre sus propias acciones sino también acerca de las que realizan Las Libres. A ambas organizaciones se les realizaron entrevistas semiestructuradas, durante 2015 y 2016.

El segundo grupo con el que trabajamos fueron mujeres en situación de pobreza del municipio de Guanajuato. A su vez, este grupo poblacional se dividió en dos muestras con base en la información que se buscaba obtener. El primero se conformó por mujeres vecinas de la colonia Arroyo de Aldana, del centro de Guanajuato. Se eligió por ser una de las colonias con alta marginación en el municipio, el cual tiene en promedio un grado de marginación bajo. Las cuatro mujeres de Arroyo de Aldana fueron seleccionadas de manera aleatoria, aunque consideramos que

las fechas y horas de las visitas (por las mañanas y en días hábiles), propiciaron que compartieran ciertas características, como que todas fueran casadas y se dedicaran exclusivamente a las labores del hogar y el cuidado de los hijos.

El segundo subgrupo estuvo compuesto por mujeres en situación de pobreza que son usuarias del programa PROSPERA, esto con la finalidad de comprender si la existencia de una relación más cercana con las instituciones gubernamentales provocaba variaciones significativas en la manera en que era percibida la salud reproductiva por parte de las mujeres en situación de pobreza. La selección de la muestra también fue aleatoria: se entrevistó a las usuarias que asistieron al Centro de Atención Integral de

Servicios de Salud (CAISES), ubicado en la calle Pardo No. 5 del centro de Guanajuato, a recibir apoyo por parte del programa.

Aunque se trabajó con los diversos actores de distintas maneras, en el análisis de la información obtenida se privilegió la relación entre resultados y la vinculación entre actores para comprender los procesos de ida y vuelta con los que se configura la salud reproductiva tanto en el estado como en el municipio.

Precisiones metodológicas

Para los fines de este estudio, encontramos en el enfoque cualitativo la opción más pertinente. La elección de una metodología cualitativa responde a un interés principal: conocer el impacto que las instituciones estatales tienen en la vida del sujeto y su subjetividad, así como la forma en que los sujetos pueden generar transformaciones en dichas instituciones.

El análisis cualitativo, de acuerdo con Roberto Castro (1996), tiene entre sus características un aspecto que es fundamental para este abordaje: la simultaneidad de todas las fases de la investigación, mientras desde una perspectiva cuantitativa, el muestreo estadístico funciona para verificar una teoría conocida de antemano, cerrada en sí misma. Además, continúa el autor, el enfoque cualitativo pone mayor atención en los procesos sociales, mientras que los cuantitativos hacen énfasis en la realidad externa a los individuos: “el aspecto sociológico central de esta perspectiva se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas” (p. 64).

La naturaleza del problema de investigación nos llevó a encontrar en el método etnográfico, entendido como la descripción del modo de vida de un grupo social determinado, el mejor camino para abordar las diferentes aristas, conocer los diferentes actores y sus relaciones, que conforman la salud reproductiva en Guanajuato y la manera en que la viven las mujeres en situación de pobreza. La elección de la etnografía tiene su causa en el interés de conocer “la forma en que la vida actúa en determinado lugar, en determinado tiempo, en el interior de determinado grupo” (Geertz, 1997: 153). Esto arrojó, en función de las caracte-

rísticas particulares del objeto de estudio, las herramientas que se utilizaron para el estudio del fenómeno.

Una de las bondades de la etnografía, que resultó de gran utilidad para esta investigación, es la flexibilidad en su proceso. Debido a que este método busca comprender las particularidades de la vida de ciertos actores en determinado contexto, el camino a seguir se determina en función de esas características. No obstante, existe un consenso en el seguimiento de una serie de pautas en las investigaciones etnográficas. Aquí se toman en cuenta los pasos del método etnográfico mostradas por Hammersley y Atkinson (1994). El primero es el planteamiento del problema, en torno al cuál se organiza la investigación, al inicio como problemas preliminares y después como el desarrollo del planteamiento del problema. En nuestro caso, la selección del problema no fue anterior al trabajo de campo ni derivó exclusivamente del análisis de la teoría. De esta surgió una idea preliminar que no tomaría forma hasta después de la primera visita a campo.

Posteriormente se procede a la selección de los lugares y los casos donde se desarrollará la investigación, los cuales comienzan a delinarse desde el planteamiento del problema ya que ciertos espacios son más propicios para observar la problemática elegida. En esta investigación, la selección del lugar acompañó desde el inicio al planteamiento del problema, debido a que este buscaba la comprensión de las formas en que las características multidimensionales de este contexto afectaban a un grupo particular. Sin embargo, el lugar de estudio concreto fue delineándose a partir de la exploración preliminar y la consideración de los recursos disponibles, tanto monetarios como de tiempo, el más importante. Finalmente se optó por trabajar en una colonia del centro del municipio de Guanajuato por contar con las condiciones necesarias para desarrollar la investigación. Se trató de Arroyo de Aldana, colonia ubicada a pocos kilómetros de la cabecera municipal, misma que presenta condiciones de pobreza extrema a pesar de contar con fácil acceso geográfico a los servicios públicos básicos.

Por su parte, los casos de investigación fueron seleccionados a partir de los planteamientos del modelo relacional desde el cual abordamos el problema. Debido a que trabajamos a partir desde una perspectiva que articula a los principales actores (Estado y sociedad) involucrados en la conformación de la salud reproductiva y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato, la selección de los casos respondió a la necesidad de observar tales actores en el espacio seleccionado. Aquí se relaciona este paso con el siguiente: el muestreo dentro de un mismo caso. Como señalan Hammersley y Atkinson (1994) esta parte es fundamental para los hallazgos de la investigación, ya que determinan “lo que es o no relevante para la investigación” y lo que queda fuera de nuestro análisis. De esta manera, y como ya adelantamos en el pasado punto, el Estado, o mejor dicho, las instituciones estatales a observar en la entidad fueron elegidas según el grado de participación en

el debate en torno a la salud reproductiva: el gobernador, el presidente municipal, el Congreso local y los institutos y secretarías de la juventud y la mujer. Además, los funcionarios encargados de aplicar la política social PROSPERA, en particular los talleres de autocuidado de la salud también fueron analizados.

Respecto de la sociedad como actor clave, se seleccionaron dos casos: las organizaciones que han participado en el debate (grupos feministas, la Iglesia católica, partidos políticos), y las mujeres de Guanajuato que viven en pobreza. De este grupo se eligieron dos muestras no representativas: una aleatoria de cuatro mujeres habitantes de Arroyo de Aldana, y otra en los mismos términos pero de usuarias del programa PROSPERA. Los criterios de selección de la muestra fueron pues, la ubicación y su pertenencia al padrón de dicho programa. La elección de estas dos muestras, que bien podrían ser entendidos como análisis de casos, nos permitió contrastar si un mayor acceso a los servicios de salud pública y un mayor contacto con las instituciones gubernamentales, influyen en un mayor ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pero también si el conservadurismo presente en las políticas en materia de salud reproductiva impacta de manera diferenciada según la cercanía a dichas instituciones.

Para el desarrollo de esta investigación se realizaron cuatro visitas a Guanajuato durante el periodo comprendido entre 2015 y 2016. La primera de ellas permitió hacer una observación preliminar para establecer los lineamientos centrales de la propuesta: la pregunta principal, la hipótesis y las posibles relaciones entre las dimensiones de la realidad. Durante esta primera aproximación se realizaron dos entrevistas exploratorias, ambas con jóvenes habitantes del municipio, estudiantes de la Universidad de Guanajuato. Las propias experiencias de los jóvenes en materia de sexualidad, así como su percepción de los problemas a los que se enfrentan los derechos sexuales y reproductivos en la entidad, fueron fundamentales para delinear el camino que se seguiría durante este proceso.

Las siguientes estancias en campo se destinaron a la recolección de información y a la observación de las circunstancias que influyen en la situación actual de la salud reproductiva. A lo largo de estas visitas hicimos uso de tres herramientas metodológicas para la obtención de la información: la observación participante, la entrevista semiestructurada y el análisis documental, las cuales describiremos brevemente.

La observación participante implica por parte del investigador la inmersión en el campo de estudio para conocer las particularidades de este, como señala Selon Platt a través de Pellicer, Vivas-Elías y Rojas:

La función principal de esta técnica es garantizar su acceso privilegiado a los significados que los actores construyen y asignan a su mundo, por medio de un acercamiento a las prácticas que allí se realizan. En la observación participante se observa in situ y se busca compartir experiencias en el ambiente que se estudia (2013: 128).

En nuestro caso, la observación participante fue fundamental para conocer los símbolos conservadores y los discursos propios de la moral cristiana, que se mantienen en Guanajuato. Tal es el caso de los carteles y pancartas colocados en el exterior de los principales templos del centro del municipio, donde era posible observar la campaña a favor de la vida que ha influido en el debate en torno a la salud reproductiva que se desarrolla tanto en el municipio como en el estado.

La entrevista fue la herramienta más importante, ya que nos permitió conocer las experiencias de los actores sociales y los significados que estos otorgan a la sexualidad y la reproducción. Al respecto, es acertada la visión que Margarita Baz (1999) tiene de la entrevista, quien la considera como un “encuentro intersubjetivo” que

Ilustra lo que típicamente es una situación interventora (lo contrario a una recolección ‘neutra’ y estandarizada de datos) en la que el entrevistador entra a formar parte activa del proceso, donde él/ella mismo/a resultan el instrumento principal (p. 77).

Esto representa con claridad la naturaleza de las entrevistas realizadas, que fueron más que una “recolección” de información, un intercambio de subjetividades entre los sujetos y el investigador. A su vez, reconocemos que la información que surgió de dicho intercambio: *a)* ha sido pasada por el tamiz del tiempo y la memoria del sujeto y *b)* es influida por la presencia y la subjetividad de quien investiga.

El tipo de herramienta utilizada fue la entrevista semiestructurada, la cual se diferencia de otras formas de entrevista porque implica abordar a los entrevistados con una expectativa de la información que se quiere conseguir; sin embargo, las preguntas se dejan abiertas para dar oportunidad a otra información que resulte importante, de surgir y ser discutida. Por lo tanto, y como afirman Taylor S. J. y R. Bogdan (1987), aplicamos la entrevista con una guía que, más que preguntas estructuradas, se compone de

una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante (véase Anexo B y C). En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas (pp. 119).

Es necesario señalar que durante las entrevistas se utilizó la grabadora para guardar la información y posteriormente transcribirla. El uso de la grabadora fue aprobado por los entrevistados. Por otra parte, el nombre de los sujetos fue cambiado por un seudónimo con el objetivo de mantener su privacidad. En el caso de las integrantes de las organizaciones, se mantuvo su nombre una vez que tuvimos su autorización.

Finalmente, la investigación documental fue la herramienta principal de aproximación al Estado, tanto a las prácticas como a la imagen que configuran las particularidades de una organización estatal. Tomamos el ejemplo de Akhil Gupta (2015: 77-78), quien estudia la presencia del Estado en la vida cotidiana combinando el trabajo de campo con el análisis del periódico como texto cultural. Debido a la multiplicidad de actores que conforman el Estado, y la dificultad de utilizar la entrevista en estos casos por cuestiones de acceso, las notas periodísticas, las reglas de operación de estrategias políticas, el diario de debates legislativos, las iniciativas presentadas y las declaraciones de principios jugaron un papel importante en la comprensión de los procesos en los que los valores conservadores se trasladan a la política en materia de sexualidad y reproducción.

El trabajo de campo estuvo mediado por el reconocimiento de un principio básico de la etnografía en particular, y de la investigación cualitativa en general: la reflexividad. Para Rosana Gubber (2011), se refiere al “proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente –sentido común, teoría, modelos explicativos—y de la de los actores o sujetos/objetos de investigación” (p. 50). Se trata de un proceso largo de recuperación de experiencias, de aprendizaje de otros símbolos y otras prácticas, o el reflejo de la propia subjetividad en las vivencias del sujeto, que genera consecuencias tanto en el investigador como en la persona eje de la investigación, derivadas de la compartición y el conocimiento, mismas que deben ser reconocidas. En nuestro caso, consideramos ético reconocer que la subjetividad del investigador es un elemento siempre presente, que influye no solo en la elección de un problema por encima de otro, también en la decisión de abordarlo de una manera y no de otra. Y es que, contrario a lo que diversas tradiciones influidas en las ciencias exactas consideran una regla de la ciencia, el investigador se aproxima al fenómeno y a los sujetos que espera analizar, los observa y los analiza, con una fuerte carga histórica y cultural de la que no puede desprenderse en el momento de la interacción. No por eso se pierde el rigor científico de la investigación, el cual depende de la forma y los métodos que se utilizan para trabajar un problema social. Sin embargo, consideramos que es más ético reconocer el lugar desde donde se observa y se aborda la realidad. En este sentido afirma Alfred Schutz (1974):

Para el forastero, la pauta cultural de su grupo de origen sigue siendo el resultado de una evolución histórica ininterrumpida y un elemento de su biografía personal, que por esta misma razón ha sido y todavía es el esquema incuestionado de referencia para su “concepción relativamente natural del mundo” (p. 100).

Se reconoce, pues que el género juega un papel importante en nuestra forma de afrontar el problema de estudio, y el trabajo de campo, en el que se presenta una in-

teracción empática con las sujetas de investigación. Otro factor es la formación del investigador, quien, por poseer una instrucción desde la ciencia política, privilegia la observación de la dimensión política por encima de otras que darían, sin duda, un cauce distinto a la tesis. Dar cuenta de estos factores y su presencia en el análisis nos parece la forma más honesta de comenzar esta investigación.

La salud reproductiva y los valores conservadores en la sistematización y análisis de la información

Una vez obtenida la información y transcrita a través del software *Transcribe*, se procedió a la sistematización de la información y su análisis. Esta se organizó en dos áreas que corresponden a las dimensiones que buscábamos analizar: la salud reproductiva y el conservadurismo. Los datos, una vez dirigidos a uno u otro campo en función de los elementos que aportaban para la comprensión de esas dimensiones, se articularon para conocer el impacto que los valores conservadores pudieran tener sobre la salud reproductiva en Guanajuato.

En el campo de la salud reproductiva, recurrimos a los problemas que se analizan bajo el llamado “paraguas conceptual” de esta línea de estudio: la educación sexual, la anticoncepción, el embarazo y el parto, y la maternidad. La información obtenida se organizó en función de a qué línea pertenecía. Posteriormente, cada línea fue analizada desde dos dimensiones: las prácticas y la idea, lo que nos permitió conocer la experiencia que la mujer había tenido en cada una de las etapas de su vida en cuanto a la sexualidad y reproducción, y la idea que tenían de la misma sexualidad. Cabe señalar que, debido a que ninguna mujer había experimentado un aborto, este no forma parte de la información arrojada por las entrevistas. Sin embargo, en la discusión general de la salud reproductiva en el estado y el municipio, el aborto forma parte de nuestro análisis.

Por otra parte, el conservadurismo se abordó a partir de los principales valores de esta corriente de pensamiento que tienen impacto sobre la noción que tienen los conservadores de la sexualidad y la reproducción: la protección de la vida y la protección de la familia. Estos dos valores han estado presentes en el discurso y detrás de la reacción de discursos políticos respecto de la discusión de mayores libertades en materia de sexualidad. Los mismos, principalmente el primero por ser el más recurrente, guiaron el estudio del discurso político de los funcionarios estatales, mientras que en las prácticas se buscó la presencia o ausencia de la salud reproductiva tanto en la agenda pública, como en las estrategias políticas y en las discusiones legislativas (Tabla 6).

Una vez organizada la información, se procedió a buscar las articulaciones entre salud reproductiva y conservadurismo, haciendo énfasis en el impacto que aquella tiene sobre las mujeres en condiciones de pobreza. Estas relaciones se presentan y discuten a lo largo de los siguientes capítulos.

Tabla 6

**Organización de la información
a partir de los conceptos ordenadores conservadurismo y salud reproductiva**

Salud reproductiva	Conservadurismo
Educación sexual	Protección de la vida
Anticoncepción	Protección de la familia
Embarazo y parto	
Maternidad	

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO III

La salud reproductiva en la agenda pública de Guanajuato

Después del compromiso adquirido por el gobierno mexicano en la Conferencia de El Cairo en 1994, la salud reproductiva se incorporó tanto al marco normativo como a las estrategias de gobierno y programas sociales. Sin embargo, la realidad de miles de mujeres pone en entredicho la eficacia de dichas acciones: el número de muertes maternas no disminuyó tanto como la meta de los Objetivos del Milenio de la ONU establecía; las mujeres que abortan son perseguidas en casi todas las entidades del país, con el consecuente alto índice de mujeres que interrumpen su embarazo en condiciones inhumanas, y la violencia obstétrica es un riesgo común para las mujeres que acuden a los servicios de salud pública. En el caso particular de Guanajuato, el gran número de embarazos de niñas y adolescentes representa un problema que no puede dejar de atenderse. ¿Qué representó para México la firma del tratado?, ¿las entidades federativas asumieron activamente el compromiso de garantizar la salud reproductiva de las mujeres?, ¿qué hay de Guanajuato?

Estas interrogantes representan la guía del presente capítulo que pretende comprender la manera en que la firma del Tratado de 1994 se tradujo en acciones tanto nacionales como estatales y municipales, en el caso de Guanajuato y su capital. En el primer apartado realizaremos un repaso general de los cambios que provocó dicha firma en materia normativa y en programas nacionales. En el segundo apartado haremos un análisis de las estrategias y políticas en materia de salud reproductiva de los diferentes niveles de gobierno para comprender la forma en la que los contextos locales y los diversos actores que ahí se desenvuelven, y sus intereses, moldean las políticas en la materia, de manera que, aunque, el gobierno mexicano haya adquirido un compromiso ante la comunidad internacional, este no se respeta en los niveles estatales y municipales de diversos puntos del país.

Nos apoyaremos en el enfoque del Estado en la sociedad propuesto por Joel Migdal (2011), y su modelo de niveles de organización estatal que fungirá como guía para nuestro análisis. La elección de este enfoque se debe a que nos permi-

te conocer la forma en la que interactúan los diferentes niveles de gobierno y la sociedad, no como esferas independientes sino interconectadas que se moldean mutuamente.

Haremos especial énfasis en la agenda debido a que en su formación intervienen numerosos actores con intereses diversos, que deciden qué problemas se consideren públicos y por lo tanto reciben atención, esfuerzos y recursos por parte de las instituciones gubernamentales. Se trata de una etapa del proceso de formación de políticas públicas marcada por cuestiones de poder.

Parte fundamental de la formación de la agenda son los actores que intervienen en dicho proceso. En torno a este punto han surgido múltiples propuestas acerca de quiénes poseen el suficiente poder de influir en la agenda. Desde el marxismo se considera que está controlada por las clases dominantes; el pluralismo democrático plantea que diversos grupos de interés compiten por la incorporación o la eliminación de problemas en la agenda; desde el corporativismo esta capacidad es de las corporaciones, mientras que la corriente administrativista sostiene que la formación de la agenda se encuentra en el poder de las redes que se establecen entre diversos actores (Alessandro, Amaya, Dufour y Jaime, 2013: 97).

Los elementos que surjan de este análisis nos permitirán discutir en el siguiente capítulo la forma en la que la salud reproductiva ha estado atravesada por una pugna moral que dificulta su legitimación como problema público: la protección de la vida.

Incorporación de la salud reproductiva en la agenda en México

El año de 1994 fue un partaguas para el reconocimiento jurídico de la sexualidad en México. Con la firma del tratado que resultó de la Conferencia Internacional de El Cairo, el Estado mexicano se comprometía ante la comunidad internacional a buscar la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva tanto en sus acciones de gobierno como en su marco normativo.

Existe un consenso al afirmar que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 representó la primera arena institucional en la que se discutió el concepto de salud sexual y reproductiva.¹ Sin embargo, es necesario precisar que a este acontecimiento le precedieron importantes esfuerzos por parte de movimientos feministas y de la comunidad LGBTTTI en diversas latitudes que pugnaron por su reconocimiento.

En México, la búsqueda de una maternidad elegida, elemento fundamental de la salud reproductiva, ha sido causa de los grupos feministas al menos desde el inicio del siglo pasado. Adriana Ortiz-Ortega (2001: 74-78) afirma que desde la

¹ Para un recuento más detallado de los debates en torno a la salud sexual y reproductiva que se dieron en la Conferencia de 1994, véase Capítulo 2.

revolución mexicana algunos grupos de mujeres buscaban incluir temas como la educación sexual para mujeres y la legalización del aborto en los congresos feministas, aun cuando estos se encontraban dominados por fracciones moderadas. Por ejemplo, el tema de la educación sexual fue incluido en las agendas de los congresos feministas de 1916 y 1917, realizados en Yucatán. Entre sus impulsoras, Ortiz-Ortega (2001) destaca la labor de Herminia Galindo, quien además de participar con ponencias sobre sexualidad, “redactó la Reforma de las Relaciones Familiares” (p. 76), la cual aumentó las capacidades jurídicas de las mujeres como el derecho a realizar contratos, tener las mismas facultades que el hombre en la custodia de los hijos, y garantizó derechos para concubinas y mujeres que vivían en unión libre (*ídem*). Se trató pues, sostiene la autora, de una época en nuestra historia en la que la Iglesia católica mantenía una importante influencia sobre la sociedad, misma que los revolucionarios buscaban limitar. Parte de esta empresa representó para algunos de ellos también el reconocimiento de la lucha feminista por la emancipación femenina.

En la década de los setenta y en el marco de la búsqueda de la maternidad elegida, las feministas ya impulsaban las que hasta ahora se consideran las bases de los derechos reproductivos: educación sexual, acceso seguro y barato a anticonceptivos, aborto y rechazo a la esterilización forzada (Lamas, 2001: 178).

Por lo tanto, la aparición del concepto de salud reproductiva en la década de los noventa fue aceptada por una importante cantidad de grupos en México que ya trabajaban el tema de la salud de las mujeres, de ahí que Soledad González Montes (1999) considere que las organizaciones no gubernamentales (ONG) jugaron un papel fundamental en la “configuración del campo de la salud reproductiva” en el país (p. 17), debido principalmente a la fuerte presión que realizaron –y realizan– por el reconocimiento de estos derechos.

Aunados a la labor de las organizaciones feministas, los cambios en la relación entre economía y demografía en nuestro país prepararon el terreno de la salud sexual y reproductiva. Susana Lerner y André Quesnel (Lerner & Quesnel, 1994), consideran que hubo dos momentos principales en los cambios demográficos observados en México durante el siglo XX. Un primer momento (1940-1970) se caracterizó por la disminución de las tasas de mortalidad y un aumento sostenido en las de fecundidad, tanto el ámbito urbano como en el rural, debido a los avances tecnológicos, a la creciente industrialización y a la implementación de programas enfocados a la salud y la educación de la población, entre otros. En esta etapa existía una articulación entre las “condiciones económicas y demográficas”, lo que provocaba que “los hijos eran considerados como un elemento importante para la producción, reproducción y bienestar de las familias, lo que favorecía el mantenimiento de un patrón de alta fecundidad” (p. 86). Mientras tanto el Estado mantenía una postura “pronatalista”.

Lerner y Quesnel (1994) sitúan el segundo momento a partir de 1970, con la disminución de las tasas de fecundidad, provocada en gran medida por la incapacidad del modelo de desarrollo para “absorber la fuerza de trabajo” (p. 88). Ante tal descenso, el gobierno federal modifica su posición ante la natalidad, con la creación en 1973 de la nueva Ley de Población, la tercera ley de este tipo en el país.² Con esta ley, surge el Programa de Planificación Familiar, que buscaba la reducción de las tasas de fecundidad y con esta el mejoramiento de las condiciones de vida.

Durante el periodo del presidente Luis Echeverría (1970-1976) se comenzó a orientar el Programa de Planificación Familiar al control de la natalidad, con énfasis en la población en situación de pobreza por ser quienes tenían niveles más altos de fecundidad y porque su acceso a los servicios de salud enfrentaba numerosos obstáculos. Por su parte, en el periodo de Miguel De la Madrid (1982-1988), la planificación familiar se concentra en una política de salud que consideraba a la mujer como la principal responsable de la anticoncepción con fines de planificación familiar (Abrantes Pego y Pelcastre Villafuerte, 2008); también la Secretaría de Salud pasa a formar parte del Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otras modificaciones, como la consideración de la disminución de muertes maternas y la mejora de la salud de la mujer como objetivos de sus estrategias, que tuvieron como consecuencia: “una mayor medicalización de los problemas de salud de la mujer y, por lo tanto, aun mayor poder de la visión médico-científica sobre la vida sexual y reproductiva de la mujer” (p. 279). La tendencia, como afirman Raquel Abrantes y Blanca Pelcastre (2009), se mantendría hasta el sexenio de Ernesto Zedillo, momento en el que la presión de los movimientos de mujeres que buscaban incorporar la perspectiva de derechos a la sexualidad y reproducción, aunado a los diferentes foros internacionales que abordaron el debate de la salud reproductiva, entre ellos la famosa Conferencia de El Cairo en 1994, llevaron al Estado mexicano a:

Adoptar el enfoque de salud sexual y reproductiva y el concepto de riesgo reproductivo, desarrollando estrategias encaminadas a la prevención del mismo y a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil; regresó el interés sobre las mujeres como un fin en sí mismo, de tal forma que no sólo las mujeres en edad reproductiva fueron objeto de programas, y se conservó la tendencia de hacer de la política de salud reproductiva un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil (p. 282).

Además, señala Soledad González (1999: 23), la firma del tratado por parte del Estado mexicano estuvo motivada por un incentivo más que jugó un papel relevante

² Antes existieron la Ley General de Población de 1936 y la de 1947, que tenían entre sus principales objetivos el aumento de la población nacional (Kurczyn y Arenas, 2009).

en la aceleración de la incorporación de la salud reproductiva en los programas gubernamentales. Se trató de los recursos económicos otorgados por la Fundación Ford y la Fundación MacArthur, destinados a impulsar este campo en México. González (1999: 24) encuentra en el documento *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*, guía del programa de salud reproductiva de la Fundación Ford en México, las razones del interés de estas fundaciones por la transición de una visión demográfica de la reproducción a una perspectiva desde el enfoque de la salud reproductiva. La principal razón fue que la solución al crecimiento demográfico no se encontraba únicamente en el aumento de la oferta de servicios anticonceptivos, sino en el mejoramiento del sentido de seguridad de las mujeres, lo que implicaba asociar el campo de la demografía con el de la salud, la pobreza y la desigualdad para encontrar soluciones.

La salud sexual y reproductiva en las estrategias gubernamentales en México

Posterior a la firma del Tratado por parte del Estado mexicano, se aplicaron importantes cambios a las políticas ya existentes en materia de población, para incorporar el enfoque de salud reproductiva. En este proceso las mismas organizaciones que impulsaron el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos jugaron un papel indiscutible en el diseño y seguimiento de las acciones emprendidas por el gobierno para que su compromiso se materializara en beneficios tangibles y una transformación de la visión institucional de la sexualidad. Tal fue el caso del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, integrado por instituciones públicas y organizaciones civiles cuyo resultado fue la realización del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (Espinosa Damián y Paz Paredes, 2000: 48-49).

Para una mejor comprensión de la incorporación del enfoque de salud reproductiva al marco jurídico y a los programas de gobierno, en las páginas siguientes revisaremos de manera general la Ley General de Población y el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.³ Estos nos permiten observar de manera general la transformación de las estrategias de reproducción a partir de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo de 1994, y los asuntos pendientes en la materia.

Ley General de Población. La primera Ley General de Población vio la luz el 24 de agosto de 1936, durante el mandato de Lázaro Cárdenas y en un periodo de importantes cambios demográficos. Luego de una revolución que dejó alrededor de millón y medio de muertos y una migración de miles de personas, hechos que se reflejan en un descenso de la población mexicana de más de 800 000 personas,

³ Para un análisis detallado de la salud reproductiva en las estrategias de gobierno después del Tratado de El Cairo, véase Espinosa Damián y Paz Paredes (2000).

entre el censo de 1910 y el de 1921 (Tabla 7), es en la década de los treinta que dio comienzo un incremento sostenido del número de habitantes, así como un aumento de la esperanza de vida a ritmos acelerados, tendencia que se mantendría hasta 1950, cuando se presentó una desaceleración en el incremento (Tabla 8).

Existe un consenso en afirmar que una de las causas más importantes de dicho crecimiento demográfico fue la estrategia sanitaria desarrollada por el gobierno para reducir y erradicar enfermedades y construir más y mejores instituciones de salud, tanto rurales como urbanas (Zavala de Cosío, 1990: 15). A su vez, el aumento de la población contribuiría al crecimiento económico del país.

Tabla 7
Población en México 1895-2000

Año	Población total	Año	Población total
1895	12 632 427	1950	25 791 017
1900	13 607 277	1960	34 923 129
1910	15 160 369	1970	48 225 238
1921	14 334 780	1980	66 846 833
1930	16 552 722	1990	81 249 645
1940	19 653 552	2000	97 483 412

Fuente: Elaboración propia con base en los censos de población de 1921, 1930, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990 y 2000.

Tabla 8
Esperanza de vida en México 1900-2000

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Esperanza de vida (años)	31.48	35.15	41.2	46.94	53.02	60.12	67.05	70.69	74.38	77.04	79.33
Diferencia (años)		3.67	6.05	5.74	6.08	7.1	6.93	3.64	3.69	2.66	2.29

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Camposortega Cruz, (1997: 11).

Entre los *problemas demográficos fundamentales* enumerados por la Ley General de Población de 1936 se encontraban “I. El aumento de la población y II. Su racional distribución dentro del territorio”, los cuáles se tratarían a través de las siguientes estrategias:

Se fomentaría el crecimiento natural de la población nacional, su repatriación y la inmigración (artículo 4o.); aumentando la tasa natalidad, mejorando los servicios de salud y alimentación de la infancia, la higienización de las habitaciones, de los cen-

tros de trabajo y lugares poblados, y en general elevando el tipo medio de subsistencia (artículo 5o.). A nivel institucional, se crearía la Dirección General de Población (DGP) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación (artículo 8o.). [...] Asimismo, en auxilio de la DGP, se prevé la creación del Consejo Consultivo de Población (CCP) (Kurczyn y Arenas, 2009: 59-60).

Las estrategias planteadas por el gobierno mexicano para alcanzar un aumento de la población iban en la misma dirección que las políticas que resultaron de la revolución mexicana y que tenían por objetivo la protección de las llamadas garantías sociales, así como la repoblación “racional” del territorio nacional, objetivo que favorecería, consideraban, la soberanía nacional. A pesar de la importancia de la maternidad para la consecución de estos fines, las acciones promovidas para atender los *problemas fundamentales* plasmados en la primera Ley General de Población, no contemplaban ninguna estrategia enfocada a las mujeres, sino que se hacía énfasis en la disminución de la mortalidad en la niñez como clave para el aumento de la población.

La segunda Ley General de Población, promulgada en 1947 durante el periodo de Miguel Alemán no cambió mucho respecto de su predecesora. Se mantuvieron en lo sustancial tanto los *problemas fundamentales* como las estrategias para solucionarlos. Si bien la Dirección General de Población desapareció, el Consejo Consultivo de Población se mantuvo (p. 61).

Como señala Zavala de Cosío (1990), el carácter pronatalista de las políticas de población de la época pueden observarse en acciones como la autorización por parte del Consejo Consultivo de Población, de llevar a cabo matrimonios desde los 14 años para mujeres y los 16 años para hombres, o la prohibición de la propaganda y venta de anticonceptivos establecida en el Código Sanitario. Se trataba de acciones que, sin embargo, no llegaban a constituir una planificación integral y de cobertura nacional (pp. 17-18).

No fue sino hasta 1959 con la inauguración de la Asociación para el Bienestar Familiar, continúa la autora, que se desarrollaron en México los primeros programas de planificación familiar, en el contexto internacional de la “segunda revolución contraceptiva” que tuvo ecos importantes en el país. Años después, en 1965, se instaló en México la Fundación para Estudios de la Población A. C. (FEPAC), que proveía de servicios de planificación familiar a una gran parte del país, con 29 centros en la Ciudad de México y 69 en los estados. En palabras de Zavala de Cosío (1990):

Afiliada a la International Planned Parenthood Federation (IPPF), la FEPAC fue la asociación privada más importante en México en servicios de planificación familiar. Llegó a proporcionar 80% de los servicios antes de que se desarrollara el programa oficial. También era la más influyente a través de la promoción hecha por distinguidos médicos, economistas y políticos. Es de notarse que la FEPAC realizó algunos de

los primeros estudios sociales de la planificación familiar en México de temas tabúes como el del aborto. En 1983, la FEPAC se volvió la Asociación Mexicana de Planeación Familiar (p. 19).

La presencia en el país de servicios de planificación familiar, así como el aumento considerable de la población en México, podrían explicar el cambio de rumbo que tomó la tercera Ley General de Población aprobada en diciembre de 1973,⁴ respecto de las que la precedieron. Mientras que las anteriores buscaban incrementar la natalidad, esta pretendía reducirla. Sin embargo, Ma. Eugenia Zavala (1990) afirma que la aceptación de la nueva ley no fue tan unánime, encontrando importante oposición tanto de la Iglesia católica como de la izquierda, que rechazaba el control estatal del aumento de la población. No obstante, continúa la autora, tanto las opiniones de los economistas acerca del impacto negativo de las tasas elevadas de natalidad en la economía, como la afirmación de la CEPAL de que el milagro mexicano había terminado, convencieron a la administración del entonces presidente Luis Echeverría de la necesidad de replantear la política de población en México.

A la promulgación de la Ley General de Población le seguiría la reforma del artículo 4° de la Constitución federal en 1973, para garantizar la igualdad jurídica del hombre y la mujer; la creación de la Comisión Interinstitucional de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar ese mismo año; la creación del Consejo Nacional de Población en 1974 y la aprobación del Reglamento de la Ley General de Población en 1976 (Espinosa Damián y Paz Paredes, 2000: 41-42). Entre los aspectos relevantes de la nueva estrategia de población de las instituciones gubernamentales podemos encontrar la reducción del crecimiento demográfico, la distribución de la población en el territorio nacional, la igualdad ante la ley entre hombres y mujeres, el acceso a métodos de planificación familiar, el reconocimiento de la capacidad de decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a la paternidad responsable y la vinculación de las estrategias de población a las políticas de desarrollo (Zavala de Cosío, 1990; Espinoza Damián y Paz Paredes, 2000; Córdoba Basulto, 2011).

Como es posible observar, la Ley General de Población, junto con los programas y reglamentos encargados de aplicar sus directrices, tenían un carácter demográfico y economicista que se transformaba según el proyecto de nación en turno. Si el crecimiento económico del país dependía del aumento de la mano de obra, el enfoque de las políticas era evidentemente natalista; por el contrario, si el aumento

⁴ La misma se mantiene vigente en la actualidad. La última reforma a la ley fue al artículo 6, que trata sobre la conformación del Consejo Nacional de Población. Dicha reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2009.

de las tasas de fecundidad amenazaba al modelo de desarrollo, se apostaba por un enfoque de control natal. Si bien en la ley de 1973 se reconoció la libertad de elegir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la maternidad voluntaria se mantuvieron fuera de los debates institucionales, que no de las luchas feministas.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. En menos de un año comenzaron las acciones por parte del gobierno para modificar las estrategias de planificación familiar ya existentes e incorporar a las mismas el enfoque de salud reproductiva. La primera fue la constitución del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva el 15 de febrero de 1995, integrado por representantes de organismos públicos y de la sociedad civil, entre ellos el Consejo de Planificación Familiar para la Juventud, que luego fue sustituido por Católicas por el Derecho a Decidir, y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva se encargó de la creación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (Espinosa Demián y Paz Paredes, 2000: 48).

El programa continúa la línea establecida en la tercera Ley General de Población, en el sentido de vincular la estrategia de desarrollo con los esfuerzos en materia de natalidad y fecundación, aunque si bien la ley buscaba una distribución homogénea de la población en el territorio nacional, el programa tenía como prioridad eliminar el rezago de la población en situación de pobreza, las comunidades rurales e indígenas en materia de salud. Al reconocerse la salud reproductiva como derecho “y pilar de la dignidad humana” (DOF, 1996), el Estado mexicano se comprometió a garantizar la universalidad en su acceso.

El programa mantiene de manera casi idéntica la definición de salud reproductiva que aparece en el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:

El concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (ONU, 1994: 37).

Se respeta el carácter integral del concepto, así como el reconocimiento de la vida sexual más allá de la reproducción. También, como ya lo establecía la Ley General de Población, la libertad de decidir el momento oportuno para la procreación. Llama la atención que se omite la relación entre la salud reproductiva y la salud sexual, vínculo que sí aparece en el Informe de la Conferencia y que es

importante debido a que implica un carácter más amplio de responsabilidades por parte de las instituciones públicas: “es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (p. 37). Aunque si bien no se incluye su definición, en el programa se usa de manera indistinta el concepto de “salud reproductiva” y “salud sexual y reproductiva”.

Otro aspecto que separa la estrategia en la materia respecto de sus predecesoras, es la incorporación de la perspectiva de género, elemento fundamental de la salud reproductiva. Si bien antes de 1994 se desarrollaron políticas sobre reproducción, estas tenían su justificación en fenómenos y proyectos económicos, más que en el reconocimiento de la autonomía de las mujeres sobre sus procesos reproductivos. En la definición del carácter cultural de la división sexual del trabajo y su responsabilidad en las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, es posible observar la influencia de los grupos de la sociedad civil que participaron en el Grupo Interinstitucional:

Es necesario reconocer la forma en que los patrones culturales de la masculinidad-feminidad se constituyen en factores que afectan la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres. Los esquemas culturales que identifican la maternidad como el núcleo fundamental de ser mujer favorecen los embarazos en edades extremas, la multigravidez y los embarazos de alto riesgo al centrar la autoestima, la aceptación y el reconocimiento social en la función reproductiva de las mujeres. [...] Por ello, elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva requiere promover el ejercicio de derechos, dignidad, autonomía y asegurar la adquisición de poder de las mujeres en la toma de decisiones y desmitificar muchos de los esquemas de la masculinidad que se constituyen en factores de riesgo para unos y otras (DOF, 1996).

El reconocimiento del carácter multidimensional de la salud sexual y reproductiva representó un avance en la materia. Una vez establecido el peso que la dimensión cultural tiene en los problemas sexuales y reproductivos, fue evidente que para su solución no bastaría con el acceso a servicios de salud y métodos de planificación familiar, a pesar de su importancia. De igual manera, no podía hablarse de garantizar la salud sexual y reproductiva sin referirse a la necesidad de resolver el profundo problema de la desigualdad entre géneros. Cualquier acción que no incorporara estas reivindicaciones se encontraría incompleta.

Los objetivos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (DOF, 1996) que se enumeran a continuación, retoman la perspectiva de género en su planteamiento y las estrategias para su consecución:

1. Planificación familiar.
2. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
3. Salud perinatal.
4. Riesgo preconcepcional.
5. Enfermedades de transmisión sexual.
6. Prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer.
7. Climaterio y posmenopausia.
8. Perspectiva de género en la salud reproductiva.

Uno de los avances más destacables del programa fue el reconocimiento de la importancia de la salud reproductiva en todas las etapas de la vida de la mujer, más si se considera que los programas derivados de las leyes generales de población anteriores, concentraban sus esfuerzos en las mujeres en edad reproductiva, lo cual evidenciaba su carácter natalista primero, y su interés en la disminución de la población, después.

Sin embargo, las metas planteadas en el programa se alejan significativamente del carácter innovador que había prevalecido hasta el momento para retomar las presiones por disminuir el crecimiento de la población; la responsabilidad casi exclusiva de las mujeres en la anticoncepción, al fomentar métodos anticonceptivos como la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU) y dejar fuera la vasectomía o, más sorprendente, el condón, o bien no plantear acciones concretas para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (Espinosa Demián y Paz Paredes, 2000).

Las diferencias entre la primera parte del documento, más crítico e innovador, y la segunda, concordante con la historia de las políticas demográficas en el país, provocaron que mucho se quedara en intenciones en el papel y no tuviera eco ni en las acciones planteadas por el programa ni en las estrategias futuras de salud reproductiva.

El abordaje de la salud reproductiva en los diferentes niveles de gobierno

Si bien una revisión general de la historia de la salud reproductiva en México nos permite comprender cómo esta esfera ha ido ganando terreno en los programas gubernamentales debido principalmente a los resultados de la Conferencia de El Cairo y a la presión de grupos feministas, no es suficiente para comprender su situación actual ni las variaciones que registra en cada una de las entidades. Y es que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos al interior de los estados no se ha mantenido libre de conflicto, lo que puede no observarse si tomamos como referencia únicamente el caso federal.

La tendencia a generalizar la situación que atraviesa un problema a partir de las decisiones que se toman en las cúpulas y como estas impactan en la sociedad, se

encuentra ampliamente extendida en las ciencias sociales. Otras corrientes consideran la relación entre ambos espacios como un proceso de ida y vuelta. Aun así, se ha puesto el mayor énfasis en las altas esferas, invisibilizando la relación entre estas y otros órdenes de gobierno que también conforman al Estado y tienen incluso una relación más cercana con las personas (Migdal, 2011: 160).

El estudio del Estado solo a partir de sus cúpulas trae consigo algunos riesgos operativos: podemos dejar fuera del análisis la complejidad que existe en el proceso de materialización de una decisión tomada por los altos dirigentes de un Estado, en políticas públicas y su impacto en la vida de los ciudadanos, como considerar que el éxito o el fracaso de una política se encuentra en fallas en su operación y no en las diferencias que hay entre los diferentes niveles de gobierno o entre instituciones diversas, que a fin de cuentas también conforman el Estado. En nuestro caso, si pensamos el proceso de la salud reproductiva como la firma del Tratado de El Cairo –motivada por diversos factores– su traslado al marco jurídico y a las acciones de gobierno, así como su aplicación en todo el territorio nacional, la obtención de resultados no planeados en el diseño de las políticas en materia de salud reproductiva se explicaría como fallas en su aplicación, sin visibilizar las innumerables limitantes que enfrentan las oficinas regionales y que no necesariamente son debido a la inoperancia de la burocracia local, sino que tiene que ver en gran medida con las presiones, intereses y –en la premisa que proponemos– valores que se encuentran en la entidad en la que aterriza una política diseñada en el nivel nacional.

Podemos encontrar la raíz de este problema en la complejidad misma del concepto de Estado y la forma en que se utiliza en las ciencias sociales, la cual incluso desató un debate multidisciplinario que ha abierto nuevas y prometedoras líneas de análisis, como lo es la Antropología del Estado. Dos de los aspectos de la crítica que realiza esta propuesta a los estudios sobre el Estado, son particularmente pertinentes a esta investigación. Uno es la dificultad de hacer operativo tal concepto: se da por sentado al Estado, pero su naturaleza es todavía difusa (Abrams, 2015) de ahí que estudiarlo en casos reales y actuales representa numerosos problemas: ¿basta un análisis de las instituciones políticas nacionales para dar cuenta de las características de un Estado concreto?, ¿este concepto ayuda a comprender las diferencias entre niveles de gobierno? La última interrogante se relaciona con el segundo aspecto de la crítica: la tendencia a homogeneizar las acciones del Estado.

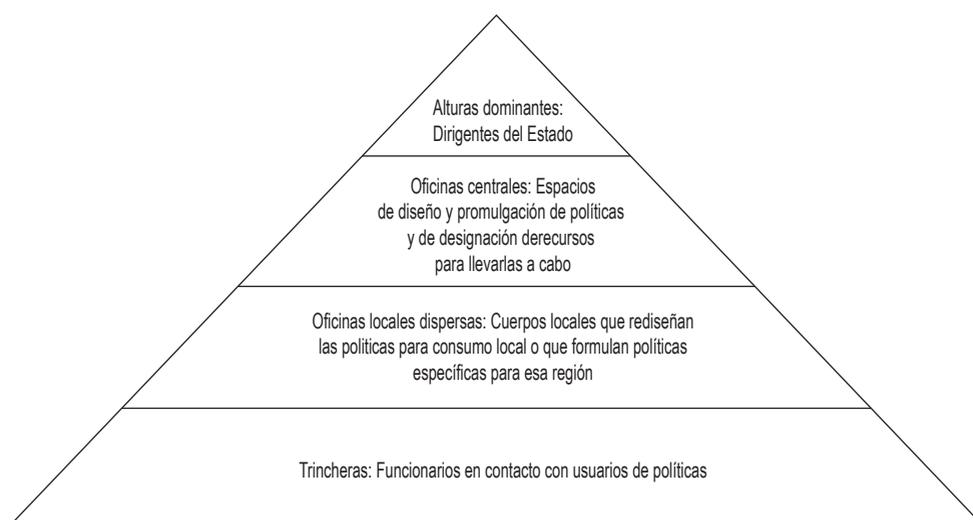
En su propuesta de enfoque que denomina el Estado en la sociedad, Joel Migdal (2011) sostiene que esta organización reacciona a los diversos escenarios, a las características del entorno y a las presiones de numerosos actores, de ahí que las respuestas del Estado: *a)* no son iguales en todos sus niveles y *b)* no son las mismas que se plantearon en su diseño. “Más bien sus resultados —la formulación e implementación de sus políticas— son una serie de acciones diferentes basadas en el cálculo de presiones que enfrenta cada componente del Estado en su ambiente específico

de acción” (p. 152). Este enfoque resulta pertinente para el análisis que buscamos realizar en este apartado, debido a que su objetivo principal es observar las distintas formas en las que la salud reproductiva ha sido abordada por el gobierno federal, el gobierno del estado de Guanajuato y su gobierno capitalino, tanto su aparición o ausencia en la agenda pública como en sus programas.

El enfoque del Estado en la sociedad nos permite percibir tanto las diferencias presentes en las estrategias sobre salud reproductiva en los niveles municipal, estatal y federal, como el continuo estira y afloja entre sociedad y gobierno respecto de los derechos sexuales y reproductivos, elementos que definieron las características de la salud reproductiva en nuestro país, en general, y en Guanajuato y su cabecera en particular.

Tal enfoque propone un modelo que busca analizar la organización del Estado en sus diferentes niveles: las trincheras, las oficinas locales dispersas, las oficinas centrales de la dependencia y las alturas dominantes (Figura 1). De esta manera, sostiene Migdal, podemos observar la transformación de los objetivos del Estado cuando participan otras fuerzas sociales en diferentes coyunturas, que lo llevan a incorporar diferentes órdenes morales en cuanto adquiere compromisos con ellas (Migdal, 2011). Dicho modelo, más que un molde, se trata de una guía que nos permite percibir las diferencias entre niveles de gobierno para comprender la complejidad que existe al interior del Estado, e incluso cuestionar el carácter unificado y armonioso que se le llega a atribuir.

Figura 6
Niveles de organización del Estado



Fuente: Elaboración propia con base en Migdal (2011: 154-162).

Las alturas dominantes y oficinas centrales: el gobierno federal y sus secretarías

Como hemos observado a lo largo del capítulo, desde 1994 la salud reproductiva se encuentra presente en la agenda pública del país, siendo el Plan Nacional de Desarrollo (PND) su principal exponente. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, proyecto que plantea las directrices oficiales de la administración de Enrique Peña Nieto y que tiene como objetivo general “llevar a México a su máximo potencial”, establece cinco metas nacionales, las cuales son: I. México en paz, II. México incluyente, III. México con educación de calidad, IV. México próspero y V. México con responsabilidad global. A su vez plantea tres estrategias transversales: a) democratizar la productividad, b) gobierno cercano y moderno y c) perspectiva de género (Gobierno de la República, 2013).

El objetivo 2.2. “Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, que forma parte de la meta México incluyente”, cuenta entre sus acciones, la promoción del ejercicio de una salud sexual y reproductiva plena. A su vez, la estrategia 3.2.2. “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de salud”, considera entre sus líneas de acción la prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, la detección oportuna del cáncer de mamá, cáncer cérvico-uterino y cáncer de próstata, así como la promoción de una “salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable” (pp. 117). De igual manera, en la estrategia 3.2.3. “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”, se incluye la reducción de la mortalidad materna e infantil, y la supervisión de la atención materna y perinatal como parte de sus líneas de acción.

La salud reproductiva también aparece en el PND como uno de los indicadores del Índice de Desigualdad de Género (IDG), que tiene como finalidad la medición de los alcances logrados en las tres estrategias transversales planteadas,⁵ en este caso, la estrategia “perspectiva de género”. Como lo indica el documento, el IDG mide cada dos años la desigualdad que persiste en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. A su vez, estas dimensiones se miden a través de cinco indicadores: a) tasa de mortalidad materna, b) tasa de fecundidad adolescente, c) mujeres y hombres con al menos educación secundaria completa, d) participación de mujeres y hombres en escaños parlamentarios y e) tasa de participación de mujeres y hombres en la fuerza laboral (p. 162). Si bien es importante que se considere la salud reproductiva como aspecto necesario para alcanzar la equidad de género, los indicadores que se utilizan para medirla se enfocan tanto en

⁵ Cabe señalar que el PND 2013-2018 es el primero que propone este ejercicio de seguimiento de resultados.

la prevención y en la atención médica, por lo que no muestran los avances en materia de reproducción elegida, fundamental en el ámbito de la salud reproductiva.

Con el propósito de contribuir a la consecución de los objetivos del PND, las secretarías también desarrollan sus propias directrices en los llamados Programas Sectoriales, alineados a las metas planteadas por el PND. De esta manera, en el caso de la salud reproductiva, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 retoma la estrategia transversal “perspectiva de género”, para la cual plantea entre sus líneas de acción la difusión de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (p. 50). Entre las líneas también se incluye “Garantizar a las mujeres en edad fértil los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva”, “impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas”, “instrumentar acciones para facilitar el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia en todo el sistema de salud” y “realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven” (*ídem*).

La disminución del número de muertes maternas también se encuentra dentro de las metas del gobierno federal en materia de salud. En el objetivo “cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país” se plantea la estrategia de disminución de la mortalidad materna con especial atención en los grupos en condiciones de marginación, con lo que se evidencia la vinculación entre salud reproductiva y desarrollo, la cual ha caracterizado el abordaje que hacen las instituciones estatales el reconocimiento jurídico de esta esfera. Tal estrategia incorpora entre sus acciones utilizar un enfoque integral y la corresponsabilidad en el embarazo, parto y puerperio; el mejoramiento de la atención materna; el fortalecimiento de la atención perinatal con enfoque intercultural; la prevención de embarazos no deseados mediante la anticoncepción; mejorar la atención en emergencias obstétricas, y la promoción del apoyo comunitario a embarazadas, entre otras.

La Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), también diseñó el programa de acción específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 en el que se alinea con el PND en cuanto a las metas y estrategias. Este programa establece directrices enfocadas a la disminución del número de muertes maternas y el acceso universal de las mujeres en etapa pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos (Gobierno de la República, 2013).

Otro programa de acción específico está enfocado a la planificación familiar y la anticoncepción, para el cual los objetivos son: *a*) incrementar y mejorar el acceso a la planificación familiar y la anticoncepción, *b*) atender necesidades en esta materia en grupos vulnerables y *c*) incentivar la participación del hombre tanto en la

planificación, la anticoncepción y la paternidad, la cual debe ser elegida, activa y responsable (*Secretaría de Salud*, 2013: 53).

El programa de acción específico “Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes 2013-2018” es otra planeación realizada por el CNEGSR que busca el acceso universal de los adolescentes a servicios que favorezcan su salud sexual y reproductiva, reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, e “Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente” (*ídem*).

Tal como la Secretaría de Salud ha alineado sus metas en materia de salud reproductiva con los objetivos del PND, la Secretaría de Educación también delinea en su programa sectorial acciones para contribuir a la consecución de una reproducción plena. La estrategia 3 “Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres” contempla entre sus acciones “fortalecer la educación sexual con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y competencias para la vida en todos los niveles y modalidades educativas” (p. 59), considerando la educación sexual como un elemento fundamental de la salud reproductiva.

Relacionadas con esta estrategia se encuentran las disposiciones que se enfocan en la prevención del embarazo en adolescentes, problema que ha llamado la atención de las instituciones federales debido a los altos índices de embarazos en menores de 18 años. Para el objetivo “asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de la población”, una de las líneas de acción propone la coordinación con la Secretaría de Salud para vincular los esfuerzos de prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual con las campañas de vacunación (p. 47).

Estas líneas de acción en materia de salud reproductiva planteadas por el gobierno federal se han trasladado al diseño de políticas. En el caso que compete a esta investigación, son las secretarías de salud y de desarrollo social principalmente las que han incorporado la salud reproductiva a los lineamientos de diversos programas. La Secretaría de Salud cuenta con el programa Salud Materna, Sexual y Reproductiva, con un presupuesto aprobado para 2016 de 2 345 066 072 pesos y que proporciona servicios en materia de educación sexual, planificación familiar y anticoncepción, así como atención durante la etapa pregestacional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido. y en casos de violencia de género, cáncer cérvico-uterino y de mama.

Aunque no se dedican exclusivamente a garantizar la salud reproductiva, los programas Fortalecimiento a la Atención Médica y Seguro Popular, también otorgan servicios que favorecen a la salud integral de la mujer, según indican sus lineamientos. El catálogo de servicios del primero, que posee un presupuesto aprobado de 857.83 millones de pesos, incluye la planificación familiar con anticonceptivos temporales (métodos hormonales, DIU, condón), atención prenatal, del parto y puerperio, el tratamiento de dismenorrea primaria, climaterio y menopausia y el

tratamiento de padecimientos del aparato reproductor como vaginitis y endometriosis (DOF, 2015).

El Seguro Popular, uno de los programas sociales más extendidos en el país, cuenta con un presupuesto aprobado para 2016 de 7 543 millones de pesos. Entre los servicios que proporciona están la detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, consejería en salud reproductiva, prevención, diagnóstico y atención de infecciones de transmisión sexual, planificación familiar mediante métodos anticonceptivos temporales y definitivos, atención durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, y tratamiento por complicaciones de aborto.

El programa de desarrollo social más representativo de la administración federal PROSPERA, antes Oportunidades y Progresá, con un presupuesto para 2016 de 81 689.91 millones de pesos también ha incluido en su catálogo denominado “Paquete Básico Garantizado de Salud” los servicios de planificación familiar y atención prenatal, del parto, puerperio y recién nacido, con acciones como la consejería, educación y promoción de salud reproductiva (DOF, 2015). Por ser un programa que vincula las esferas de salud y de desarrollo social, lo abordaremos con mayor detalle en el siguiente apartado.

Como podemos observar, la salud reproductiva se encuentra dentro de la agenda pública federal, gracias a la presión de grupos de la sociedad civil y de los compromisos adquiridos en la arena internacional que lograron, se trasladaran a la norma y se materializaran mediante estrategias incorporadas en el PND, la principal guía oficial de la administración pública en México. Así, los avances o las carencias pueden ser seguidos, medidos y cuestionados por la sociedad en tanto son compromisos adquiridos por las instituciones.

Ahora bien, es necesario pensar estos proyectos, estrategias y programas como el resultado de la interacción de múltiples actores de diversas esferas y no como respuestas por parte de las instituciones gubernamentales a las demandas de la población. En realidad, el proceso suele ser más complejo. En el caso de lo que Joel Migdal (2011: 159) considera las *alturas dominantes*, la presión sobre el gobierno nacional es más amplia que en otros niveles, ya que por ser actores más visibles tienen la atención de organismos institucionales sobre las acciones que realicen y el cumplimiento de los compromisos que adquieran. En el caso de la salud reproductiva el gobierno mexicano se comprometió a garantizarla después de 1994, y posteriormente a disminuir la mortalidad materna, que representa uno de los Objetivos del Milenio de la ONU. Las presiones en este sentido vienen también de otras instituciones políticas como los partidos políticos, y de legisladores. Así, el gobierno federal, aunque no sea partidario de una mayor apertura en temas de sexualidad y reproducción, se ve impelido a incorporarlos a su agenda. En este sentido, las presiones por parte de organizaciones de la sociedad civil entre las que resaltan GIRE, REDefine, Red por los Derechos Sexuales y

Reproductivos en México (DDESER) y Católicas por el Derecho a Decidir, debido a la visibilidad que han adquirido con años de trabajo por los derechos sexuales y reproductivos, juegan un papel importante tanto en la definición del tema como problema público, su incorporación en la agenda pública y la obtención de resultados después de la materialización de la agenda en programas, elementos fundamentales del proceso de las políticas públicas.

A su vez, existen presiones que provienen de actores cuyos intereses y valores son contrarios a alguno o todos los elementos que se incluyen en el área de la salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción, la educación sexual en escuelas de enseñanza básica, el ejercicio de una sexualidad sin fines de reproducción y en mayor medida, el aborto. Organizaciones como el Comité Nacional Provida y la Unión Nacional de Padres de Familia han ejercido una presión importante por detener la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda legislativa y en las acciones de gobierno. Tal presión se suma a la que ejercen partidos políticos, principalmente el PAN, aunque también muchos integrantes de otros partidos, y otras instituciones que poseen una influencia histórica en las esferas social y política, como la Iglesia católica.

Entre tal diversidad de actores con sus respectivos intereses, la incorporación de la salud reproductiva se ve en medio de negociaciones, cabildos e intercambios que moldean las políticas que buscan implementarla. Así, los programas que describimos con anterioridad, tratan el tema de manera sesgada, haciendo énfasis en los aspectos de la salud reproductiva que cuentan con mayor aceptación, como lo es la maternidad. Esto podemos observarlo en las numerosas acciones dirigidas a la mujer en edad reproductiva. La asociación de la salud reproductiva a una sola etapa de la vida de la mujer, la etapa reproductiva, nos lleva a considerar que este marco jurídico que hace referencia al ejercicio pleno de la reproducción, en nuestro país se ve todavía desde una perspectiva demográfica. Queda ausente la salud reproductiva de las mujeres en etapas no reproductivas, ya que, si bien, algunos programas como el Seguro Popular ofrecen atención a mujeres durante el climaterio, no se hace desde una perspectiva de derecho. Otro asunto que forma parte de la salud reproductiva, la interrupción voluntaria y segura del embarazo se ha mantenido fuera de la agenda, no obstante la gravedad de la situación actual en torno al aborto, y la presión de organizaciones feministas.

Pero el proceso no termina en el diseño de tales programas. Su ejecución también depende de numerosos factores. Como señala Migdal (2011):

las bases últimas de poder de los líderes y su capacidad de transformar los programas en logros reales requieren legislaturas funcionales, tribunales eficientes y departamentos complejos y bien organizados para formular y arbitrar reglas, así como impulsar esas reglas y movilizar esos recursos de la sociedad (p. 160).

Tanto en las llamadas alturas dominantes como en las *oficinas centrales* las presiones de los diversos intereses pueden reflejarse en el rechazo a discutirse un asunto en el Congreso, en el fallo en contra de las libertades en materia de sexualidad y reproducción en las instancias del poder judicial y en la aprobación de recursos para la implementación de programas. Como puede observarse los intereses son tan diversos en un mismo nivel de gobierno, que resulta imposible hablar de una postura nacional en torno a la salud reproductiva. Esto se complejiza todavía más cuando hacemos referencia a los otros niveles.

Las oficinas locales dispersas: el gobierno del estado de Guanajuato

Nuestro análisis del nivel estatal, enfocado en las oficinas locales dispersas del modelo del Estado en la sociedad, es interesante porque en él confluyen tanto los intereses nacionales como los locales. Así como reelaboran políticas federales para adecuarlas a su contexto y son responsables de su ejecución en el estado, también desarrollan acciones completamente locales (Migdal, 2011: 154). Sin embargo, es necesario precisar que, si bien en la propuesta de Migdal se hace referencia a instituciones que dependen en gran medida de los recursos nacionales y actúan bajo las órdenes del gobierno federal (incluso se les llama “implementadores”) por lo que la distancia de las oficinas locales genera una gran discrecionalidad en su actuar, en el caso mexicano existen diferencias considerables. Por tratarse de una federación, en la norma los estados cuentan con un grado de autonomía respecto de las instituciones centrales tanto en su autoridad como en el manejo de sus recursos, por lo que el escrutinio y el control no proviene únicamente de las oficinas centrales. Sin embargo, en cuanto a la implementación de políticas federales en el territorio estatal, estas pasan por transformaciones importantes debido a las características del contexto local, aspecto que nos interesa analizar en este apartado.

Desde 1991, año en que el panista Carlos Medina Plascencia se convirtiera en gobernador interino del estado de Guanajuato,⁶ el PAN ha gobernado el estado, convirtiéndolo en uno de sus principales bastiones en todo el país. En la actualidad Miguel Márquez Márquez (2012-2018) es el titular de la administración estatal. Y en el Congreso del Estado de Guanajuato, el mismo partido es mayoría, con 19 de 36 diputados.

La autoridad que el PAN tiene en la entidad es tal, que los funcionarios estatales militantes de esta agrupación han utilizado sus cargos como un espacio de defensa

⁶ Carlos Medina Plascencia se convirtió en gobernador interino luego de que se encontrara evidencia del financiamiento que realizó el gobierno del estado al candidato del PRI que ganó las elecciones, Ramón Aguirre Velázquez. A Medina Plascencia le siguieron Vicente Fox (1995-1999), Ramón Martín Huerta, gobernador sustituto, Juan Carlos Romero Hicks (2000-2006), Juan Manuel Oliva Ramírez (2006-2012), Germán René López Santillana, gobernador sustituto y el actual gobernador, Miguel Márquez Márquez (2012-2018).

de los valores que sostiene su partido, tomando como principal estandarte la protección de la vida y la familia. Tómese como ejemplo las declaraciones que Miguel Márquez ha hecho en torno a la defensa de la vida como católico que es, y su rechazo a discutir el aborto durante su administración, a pesar de que está permitido en caso de violación.

Estas posturas por parte de funcionarios estatales han tenido un impacto importante en la ausencia de estrategias institucionales para garantizar la salud reproductiva. Si bien los programas federales que revisamos en el subapartado anterior se operan también en el estado de Guanajuato, las características de los funcionarios responsables de aplicarlos, en particular en este tema que se ha asociado a valores morales y religiosos, influyen sobremedida en los resultados de dicha implementación. Volveremos a este punto más adelante.

Ahora bien, respecto de las políticas que se diseñan en el contexto local, existen diferencias importantes entre la agenda pública nacional y la estatal. Mientras que la salud reproductiva e incluso los derechos sexuales y reproductivos forman parte de la planeación tanto del gobierno federal como de sus secretarías, este tema se encuentra prácticamente ausente del proyecto del gobierno estatal.

En el Programa de Gobierno 2012-2018 se incluye únicamente la prevención de embarazos en adolescentes, como indicador del proyecto específico “Prevención de Riesgos Psicosociales” que pertenece a la estrategia “Impulso a la calidad de vida” (Gobierno de Guanajuato, 2013: 74). La incorporación del problema de embarazos en adolescentes en la agenda pública estatal deriva del escrutinio nacional a causa de las elevadas cifras en embarazo adolescente, y que en 2015 alcanzaron las 16 000 28 mujeres embarazadas menores de 19 años, de acuerdo con la Secretaría de Salud de Guanajuato.

Sin embargo, ni este ni otros problemas que pertenecen al marco de la salud reproductiva se han considerado como asuntos centrales. Por ejemplo, en la definición de retos dentro del Plan de Gobierno se considera la “deficiente atención integral de la salud” pero, en la enumeración de sus consecuencias solo se incluye el alto índice de mortalidad infantil que coloca a la entidad en la posición octava de los 10 estados con mayores cifras de este problema. Por otra parte, entre los grupos prioritarios definidos por el gobierno estatal se encuentran las mujeres embarazadas, por lo que puede observarse que el tema de la salud reproductiva que cuenta con más legitimidad en las instituciones de gobierno estatales es la que se enfoca a la maternidad.

Las prioridades del gobierno de Miguel Márquez Márquez se organizan en torno a seis estrategias transversales:

1. Impulso a la calidad de vida.
2. Impulso a la educación para la vida.
3. Impulso al empleo y la prosperidad.

4. Impulso al Estado de derecho.
5. Impulso a los territorios de innovación.
6. Impulso al buen gobierno (Gobierno de Guanajuato, 2013).

Con excepción de dos hospitales maternos y un Centro de Protección y Justicia para la Mujer (Tabla 9), y las acciones para prevenir embarazos en adolescentes, no se considera la salud integral de la mujer ni el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 9

La salud reproductiva en las estrategias de gobierno de la administración estatal 2012-2018

Estrategias transversales	Incorporación de aspectos de salud de la mujer
Impulso a la calidad de vida	Construcción de hospitales maternos (Hospital Materno de Celaya y de San Luis de la Paz), y la creación del Centro de Protección y Justicia para la Mujer
Impulso a la educación para la vida	No incluye
Impulso al empleo y la prosperidad	No incluye
Impulso al Estado de derecho	No incluye
Impulso a los territorios de innovación	No incluye
Impulso al buen gobierno	No incluye

Fuente: Elaboración propia con base en información del Gobierno de Guanajuato (2013).

Respecto de los programas diseñados localmente, cabe destacar que no existe ninguno enfocado a atender la salud reproductiva en la entidad, según información del portal social del gobierno de Guanajuato. Si bien, a través de entrevistas con integrantes de REDefine ubicadas en León, pudimos saber que la Secretaría de Salud de Guanajuato y los institutos de la juventud y de la mujer proporcionan anticonceptivos o asesorías; debido a que no forman parte de un proyecto con metas definidas ni presupuestos asignados, los recursos suelen ser insuficientes y las acciones no son obligatorias ni son factibles de ser evaluadas. La situación en los municipios no dista mucho de lo observado en el nivel estatal, a pesar de que, en el caso de la capital de la entidad, gobierna el Partido Revolucionario Institucional (PRI), lo que nos deja entrever que el rechazo a la apertura en temas de sexualidad y reproducción no es exclusivo de un partido político.

Las trincheras: las oficinas municipales de Guanajuato capital

En la base del modelo de Joel Migdal (2011) encontramos las trincheras, o los funcionarios que están en un contacto mucho más estrecho con los beneficiarios de las

acciones del Estado, de ahí su importancia. Aunque aquí ubiquemos a diversos actores de gobierno como el presidente municipal, las secretarías y el cabildo, también están los burócratas que implementan programas federales, estatales y los diseñados por el gobierno municipal.

En octubre de 2015 tomó protesta como presidente municipal de Guanajuato, el candidato del PRI, Edgar Castro Cerillo. Antes que él, la capital ya tuvo otras dos administraciones priístas: Luis Fernando Gutiérrez Márquez (2012-2015) y Nicéforo Guerrero Reynoso (2009-2012). Si bien los postulados del PRI no cuentan con una postura conservadora en torno a la reproducción, en la práctica las administraciones municipales no han mostrado una mayor apertura que las administraciones del PAN, respecto de discutir temas de salud reproductiva, lo que nos permite comprender que los obstáculos a los que se enfrenta este marco no derivan tanto de los partidos políticos, como de los actores que intervienen en la definición de problemas públicos, en la conformación de la agenda y en los intereses y valores que estos defienden.

Es de señalar que la salud reproductiva no ha formado parte de las agendas públicas de ninguna de las últimas tres administraciones municipales. Durante el gobierno de Nicéforo Guerrero Gutiérrez (2009-2012), los ejes de su administración fueron:

1. Gobernabilidad para el desarrollo y eficiencia administrativa.
2. Compromiso con la seguridad y la preservación del orden público.
3. Servicios públicos oportunos.
4. Guanajuato saludable.
5. Fomento económico sustentable.
6. Turismo sostenible.
7. Ordenamiento territorial, vivienda y ecología equilibrados.
8. Desarrollo social y humano.
9. Infraestructura para el progreso.
10. Ciudad con alto nivel cultural (Ayuntamiento de Guanajuato, 2009: 58-80).

En dichos ejes de acción no existe ninguna propuesta programática con perspectiva de género. La salud reproductiva no se encuentra presente en ninguno de los ejes, ni siquiera en programas de control natal o de cuidados durante el embarazo y el parto, los aspectos con mayor legitimidad dentro del concepto de salud reproductiva. La atención a la salud se delimita de manera general y sin establecer líneas de acción particulares para hombres o mujeres.

Algo similar podemos encontrar en el periodo 2012-2015, en el que estuvo al frente de la administración de Guanajuato, Luis Fernando Gutiérrez Márquez. Las acciones de gobierno estuvieron enfocadas a cuatro ejes temáticos a partir del diagnóstico de los principales problemas del municipio:

1. Servicios públicos y buen gobierno.
2. Seguridad pública ciudadana.
3. Desarrollo económico y turismo.
4. Cohesión social.

En el eje de “cohesión social”, se incluye la salud como subtema, con el que se perseguía el objetivo de “mejorar las condiciones de salud de sectores específicos de la población” (p. 87). Dentro de las acciones para alcanzar dicho objetivo, se enumeraba la difusión de información para la planificación familiar y educación sexual enfocada principalmente a los jóvenes de “colonias populares”. Sin embargo, es importante señalar que su incorporación no responde al enfoque de derecho, ya que los derechos sexuales y reproductivos no aparecen ni una vez en el programa, sino a una lectura a conveniencia del enfoque de capacidades, modelo que ha inspirado los programas encausados a la población en situación de pobreza, con el “impulso en el fortalecimiento del capital social y la concatenada serie de acciones a favor del fortalecimiento de capacidades” (p. 83).

El eje de “cohesión social” también considera como subtema la promoción de la equidad de género; a través de la capacitación de funcionarios y ciudadanos en perspectiva de género, y la atención de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia. Algo que resulta notable es que también incluye entre sus estrategias el diseño de programas con perspectiva de género, sin embargo, dicho enfoque no fue utilizado para el diseño del programa de gobierno, reduciendo la perspectiva de género a un subtema de uno de los ejes.

Como podemos observar, la postura del Estado ante la salud reproductiva no es única ni responde exclusivamente a las necesidades de la población. Se trata de un tema en el que intervienen factores tan subjetivos como los valores y la moral de los actores involucrados en la toma de decisiones. A su vez, son estos los que determinan en gran medida su incorporación en la agenda pública y su materialización en políticas. Aunque México está obligado a cumplir con ciertos compromisos en la materia, son las esferas nacionales las que más han incluido la salud reproductiva desde un enfoque de derecho, debido principalmente a la atención que la comunidad internacional ha puesto sobre los avances en el área, pero también a la diversidad de actores, muchos de los cuales ejercen una presión importante por mejorar la salud integral de las mujeres desde una perspectiva de género.

Sin embargo, tanto en los niveles estatal y municipal los actores con una postura conservadora hacia la sexualidad poseen un peso incuestionable en la toma de decisiones, lo que aunado a una menor visibilización en el nivel nacional e internacional de las prácticas de muchos estados y municipios, se traduce en la falta de avances en materia de salud reproductiva.

Entre los actores que tanto en el nivel municipal como estatal ejercen una gran influencia en el proceso de diseño y ejecución de la política en torno a la salud reproductiva, destaca la Iglesia católica, principalmente en una entidad en la que 93.8% de la población se considera católica, el mayor número de católicos del país, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esta influencia no solo se ejerce sobre la población, sino también sobre los funcionarios de gobierno, como el mismo gobernador de la entidad.

La intervención de la Iglesia católica incluso ha sido determinante en los comicios electorales de la entidad. Así lo asegura K. Córdoba de la Clínica Jurídica de Derechos Humanos de la Mujer (CJDHM), su participación durante los procesos electorales de la entidad ha tenido un peso considerable en los resultados:

En todos lados, Guanajuato fue de los estados que, para la temporada de elecciones, en sus templos y con sus curas y todo esto, es que no soy católica, por eso no sé muy claro de quien son cada uno, pero eran los que más llamaban a votar por el PAN. O sea, de las quejas y de las denuncias que había, de sacerdotes que llamaban a votar por un partido en específico, Guanajuato era de los que más lo hacían, en sus distintos municipios. Entonces pues, y muchos de los candidatos, hacían alusión a la religión, y hacían alusión a una serie de roles religiosos que tú dices, pues bueno, una cosa va de la mano con la otra (Comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

Sobre la utilización de símbolos religiosos en campañas políticas que menciona Córdoba en la entrevista, uno de los casos más paradigmáticos en el nivel nacional fue el de la aparición de un estandarte de la virgen de Guadalupe durante un mitin político del ex gobernador de Guanajuato y presidente de la República, Vicente Fox, en el proceso electoral para la presidencia de 2000. El 10 de septiembre de 1999, en la ciudad de León, una de sus hijas le entregó un estandarte de la Virgen de Guadalupe, a lo que él respondió: “¡Muera el mal gobierno!” y “La Virgen me acompañará en mi campaña” (Monsiváis, 2008: 211).

Dado el carácter moral que toma el debate en torno al aborto en la entidad, no sorprende que la Iglesia desempeñe un papel importante en los obstáculos que limitan el reconocimiento del aborto libre y seguro como un problema que requiere ser atendido desde las instituciones de salud pública. Su influencia puede observarse a través de los mensajes de condena que propaga en sus templos, y que van encaminados a la criminalización y la culpa de las mujeres que deciden abortar.

Durante una de las visitas de trabajo de campo al municipio,⁷ nos encontramos con una campaña gráfica instalada afuera de la basílica de Nuestra Señora de Guanajuato y del Templo de la Compañía, en las que se leían mensajes dirigidos a la

⁷ Noviembre de 2015.

condena del aborto como: “Exigimos respeto por los derechos humanos de los niños que viven en el vientre materno. Aborto cero”; “Sabías que en las mujeres: ¿los ovarios son identificables a las siete semanas?”; “De todos los derechos que tenemos las mujeres, el más grande es ser madre”; “Jamás te arrepentirás de amarlo” y “Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1996: artículo 16). Sí a la vida” (véase Anexo A). En tales mensajes se encuentran presentes discursos de distintas procedencias para sostener que hay un consenso en diversos ámbitos sobre la protección a la vida: el jurídico, el científico, el social. Su mensaje principal no es a partir de mensajes religiosos, aunque el uso de tales discursos sea para legitimar una visión de la protección de la vida de suma importancia dentro de la moral católica. El uso de dichos discursos legitimadores es analizado por Foucault (1994a) a partir de la relación que existe entre el poder y la verdad: “la ‘verdad’ está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y la mantienen, y a los efectos de poder que induce y que la acompañan, al ‘régimen de verdad’” (p. 55). En este caso, la Iglesia católica recurre a discursos que son socialmente aceptados como verdaderos. Lo interesante es que, desde esta perspectiva, la ausencia de discursos religiosos indica que han perdido su carácter de “verdaderos”, por lo que hay que utilizar discursos de otras disciplinas para la obtención del control sobre la maternidad. Continuaremos con esta discusión en el Capítulo 5.

Las organizaciones de la sociedad civil son otros actores que han desempeñado un rol determinante en la discusión de la salud reproductiva en Guanajuato. En una línea moral concordante con la de la Iglesia, las organizaciones conocidas como provida han participado de manera activa en estas discusiones para frenar aspectos de la salud reproductiva que consideran pueden atentar contra el derecho a la vida y la institución familiar. En Guanajuato sobresale el Movimiento Sumando Vidas que, por ejemplo, ejerció una fuerte crítica al gobierno del estado debido a la capacitación que dio Julia Pérez Cervera, presidenta de la asociación Vereda-Themis México a funcionarios del Instituto Estatal de la Mujer, en la que abordó cuestiones a favor del aborto. Ante la presión, el gobernador emitió declaraciones a favor de la vida en concordancia con los valores de la organización, la cual incluso exigió al presidente del Consejo Directivo del Instituto Estatal de la Mujer, Éctor Jaime Ramírez, que se alineara a la postura del gobernador (Murillo, 2014).

No obstante las condiciones predominantemente contrarias del escenario político en la materia, numerosas organizaciones feministas han desempeñado un papel importante en la incorporación de la salud reproductiva al debate público desde un enfoque de derechos, llegando a colocar asuntos de género en la agenda pública, como la violencia contra las mujeres, e incluso propiciando transformaciones en el marco normativo del aborto. Tal es el caso de la organización Las Libres que representa desde hace quince años –fecha en la que se creó– el

grupo más influyente de la sociedad guanajuatense en materia de derechos de las mujeres, en especial los derechos sexuales y reproductivos, y la eliminación de las diversas formas de violencia contra la mujer. A través del acompañamiento jurídico con mujeres cuyos derechos han sido violentados, movilizaciones, informes, peticiones e incluso un documental que tuvo una gran exposición en el nivel mundial (datos de referencia del documental), Las Libres han abonado a la colocación de los derechos sexuales y reproductivos en la opinión pública no solo del municipio, sino de la entidad.

Uno de los episodios más paradigmáticos de la discusión en torno a la criminalización del aborto y la búsqueda del derecho a decidir sucedió en 2010, cuando la presión de esta organización junto con algunos organismos internacionales, lograron reducir de 35 a 8 años de prisión las penas por delito de infanticidio, por el que seis mujeres habían sido condenadas, aun cuando las pruebas indicaban que fueron abortos espontáneos (García, 2010).

En materia de violencia de género, la petición de alerta de género solicitada por Las Libres en 2014 sentó un precedente al ser la primera solicitud de este tipo en México tramitada por civiles, luego de que en 2013 Guanajuato fuera el estado con el mayor número de mujeres lesionadas con violencia (Zepeda, 2014). En este caso, la presión por parte de las organizaciones y la sociedad guanajuatense lograron el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres como un problema público y fue incorporado a la agenda institucional: “Lejos de eludir o minimizar los problemas, los reconocemos y lo más importante es que hemos actuado y ha habido sensibilidad”, declaró el gobernador de Guanajuato Miguel Márquez (García, 2015). Aunque debemos señalar que la inclusión de la violencia de género en la agenda no ha garantizado la rápida atención del problema, por lo que la tensión de las organizaciones y el gobierno se mantiene hasta el momento.

Sin embargo, no todos los derechos de las mujeres han tenido el mismo impacto en las instituciones de la entidad ni del municipio, por lo que las organizaciones consideran que su principal herramienta para posicionar sus temas es a partir de la generación de precedentes:

Los temas de derechos de las mujeres son temas que no le importan al gobierno. Entonces más bien tenemos que buscar otros caminos que creemos o hemos creído que puede ser el litigio, justo para sentar los precedentes, porque al final cuando se socializan estos precedentes es que las mujeres podemos tener acceso a la información. Solamente así, no hemos encontrado otras formas para llegar a esas mujeres (K. Córdoba, comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

Aunados a los esfuerzos de Las Libres, organizaciones como REDefine, se ha encargado de visibilizar los derechos de las mujeres en Guanajuato desde diver-

sas esferas. El papel de las organizaciones en el tema de la salud reproductiva se discutirá con mayor profundidad en el Capítulo 5.

La postura de las instituciones públicas en torno a la salud reproductiva, tanto nacionales como estatales y municipales, evidencian que hace falta observar la interacción de la sociedad y el Estado en la generación de políticas. No se trata de esferas con límites definidos que poseen sus respectivos campos de acción, sino que son espacios interconectados que se alimentan y transforman mutuamente, de ahí que un enfoque como el Estado en la sociedad que surge desde la Antropología del Estado resulta útil para analizar la diversidad de elementos que intervienen en un asunto público como lo es la salud reproductiva. Como señala Migdal (2011), es importante analizar “los ambientes de acción, las sedes de conflictos y coaliciones, de presión y de apoyo, que involucran partes del Estado y otras fuerzas sociales” (p. 152). La disgregación de los niveles del Estado y su relación con otros actores pueden apoyarnos a comprender las diferencias entre entidades respecto de un mismo problema.

CAPÍTULO IV

Salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato

Pobreza en Guanajuato: el caso de Arroyo de Aldana

El estado de Guanajuato se encuentra en la región geográfica centro-norte del país, que limita al norte con San Luis Potosí, al noroeste con Zacatecas, al oeste con Jalisco, al este con Querétaro y al sur con Michoacán. A su vez, una parte de la entidad conforma la región geográfica, cultural y económica de El Bajío, junto con algunas ciudades de Jalisco, Aguascalientes y Querétaro.

Posee un total de 5 486 372 de habitantes (INEGI, 2010), por lo que es la sexta entidad federativa con mayor número de población. La cantidad de mujeres en el estado es ligeramente mayor que la de hombres: 3 020 029 frente a 2 797 585.

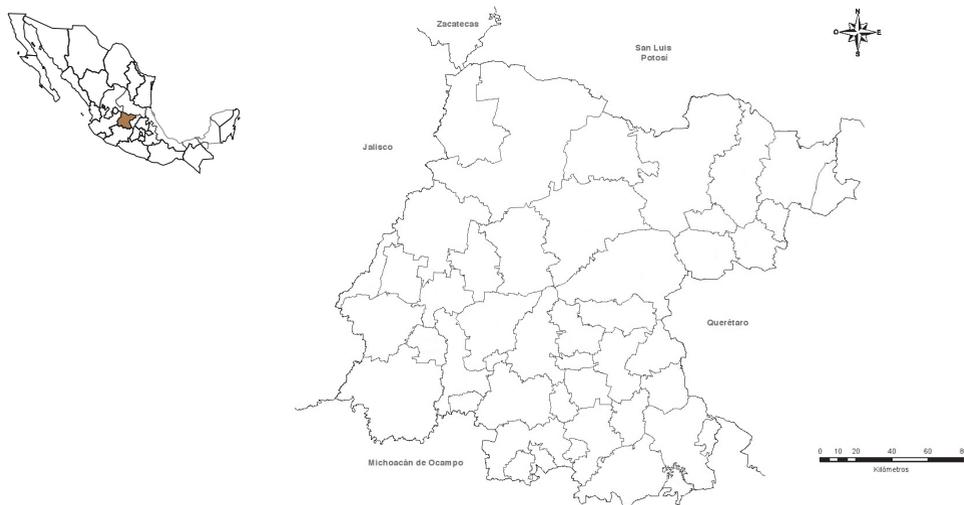
El estado de Guanajuato está dividido en 46 municipios, con poblaciones que van desde los poco más de 5 000 habitantes (Atarjea y Santa Catarina) a los más de 400 000 (Celaya e Irapuato), e incluso un municipio con más de 1 000 000 de habitantes (León). La capital, Guanajuato, posee 171 709 habitantes.

Guanajuato capital colinda al Norte con San Felipe, al Este con Dolores Hidalgo y Allende, al Sur con Salamanca e Irapuato y al Oeste con Silao y León (Mapa 2). Se destaca por ser uno de los principales atractivos turísticos del estado: es sede del Festival Internacional Cervantino y fue declarado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) como Patrimonio de la Humanidad, de ahí que los servicios no financieros y el comercio sean los sectores que más personas emplean: 10 195 y 8 028 personas, respectivamente, del total de 30 260 personas económicamente activas que alberga el municipio (INEGI, 2008).

En 2014, el estado de Guanajuato poseía un total de 2 683 millones de personas en situación de pobreza, lo cual representa 46.6% del total de la población; 317 000 de ellos (5.5%) en pobreza extrema (CONEVAL, 2016), cifra que lo coloca en

Mapa 2

Ubicación geográfica de la capital del estado de Guanajuato

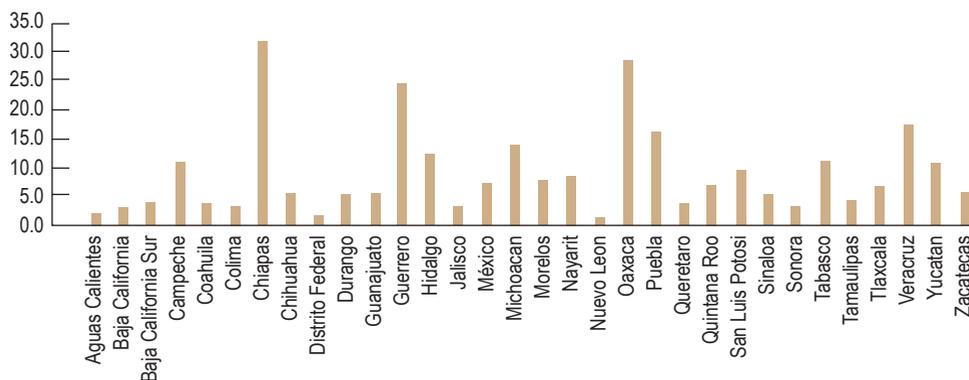


Fuente: INEGI (s/f-c).

la posición 18 en el nivel federal 23 en la materia (Figura 7).¹ El estado no destaca por presentar altos niveles de pobreza, sin embargo, la mayoría de sus municipios posee grados de marginación de medios a muy altos: 30 municipios presentan una marginación media, 2 una marginación alta y 1 muy alto; 6 municipios tienen marginación baja y 6 muy baja (CONAPO, 2010).

Figura 7

Porcentaje de pobreza extrema por entidad federativa en 2014



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CONEVAL (2016).

¹ Querétaro y Baja California Sur comparten la posición 22; Durango y Sinaloa la posición 20.

En las visitas al lugar de estudio se realizaron entrevistas a cuatro mujeres, a partir de una selección aleatoria en la que los horarios de las visitas (días hábiles por la mañana) determinaron en gran medida que las mujeres compartieran ciertas características. Por ejemplo, todas se dedican a las labores del hogar y al cuidado de los hijos y los nietos, mientras que sus parejas, y algún hijo mayor en tres de los casos, proveen de los ingresos. Las edades de las mujeres se encuentran entre los 32 y los 50 años, y han pasado más de la mitad de sus vidas en pareja; la más joven comenzó a vivir en unión libre a los 15 años. Su escolaridad promedio son estudios de primaria incompletos; una es analfabeta.

Todas las entrevistadas tuvieron su primer embarazo entre los 19 y 20 años. Cabe señalar que tres de las mujeres aseguraron haber mantenido relaciones sexuales con solo una pareja a lo largo de su vida. Además, ninguna utilizó métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual. Todas las entrevistadas, así como sus familias, cuentan con Seguro Popular (Tabla 10).

Tabla 10
Características de las mujeres entrevistadas

Variable	Mujeres entrevistadas			
	Lucero	Carmen	Josefina	Teresa
Edad	41	50	32	48
Lugar de origen	Guanajuato	Celaya	Guanajuato	Guanajuato
Escolaridad	Primaria trunca	No estudió	Primaria trunca	Primaria trunca
Ocupación	Labores del hogar, cuidado de hijos y nietos	Labores del hogar, cuidado de nietos	Labores del hogar, cuidado de hijos	Labores del hogar. Esporádicamente cuida a sus nietos
Estado civil	Casada	Viuda; Unión libre	Casada	Casada
Número de hijos	6	3	4	2
Proveedor de ingresos	Esposo y una hija	Pareja y una hija	Pareja	Pareja
Ingresos mensuales aproximados	\$3 000	\$3 000	\$2 000	\$3 200
Servicios médicos	Seguro Popular	IMSS	Seguro Popular	Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas.

Los casos elegidos, si bien no pretenden ser representativos de los problemas a los que se enfrentan las mujeres en situación de pobreza del municipio, permiten observar las articulaciones que se dan entre la pobreza y diversas dimensiones como la salud reproductiva, y problemáticas como la violencia de género. Las experiencias de estas mujeres también nos ayudan a observar si la influencia del conservadurismo en las administraciones del estado y del municipio que han limitado la

creación y la aplicación de políticas de salud reproductiva, han impactado en la forma en que las mujeres viven su sexualidad, o si a pesar de dichas condiciones culturales y políticas, ellas encuentran los medios para vivir la sexualidad que eligen.

Salud reproductiva y pobreza de las mujeres

Para el estudio de las condiciones materiales y subjetivas de la salud reproductiva de las mujeres de Arroyo de Aldana, se puso especial atención en cinco tópicos: educación sexual, anticoncepción, embarazo y parto, y maternidad. Las experiencias de las entrevistadas muestran cómo la falta de condiciones materiales contribuyó a moldear la vida sexual de estas mujeres, la cual ha estado marcada por la violencia de diversos tipos: violencia obstétrica, violencia al interior del hogar y violencia de género. Sin embargo, ellas mismas reconocen la importancia de la capacidad de decidir sobre la propia sexualidad como un elemento clave para mejorar las condiciones de vida, discutiendo estos temas abiertamente con sus hijos, principalmente las mujeres, lo que nos permite entender que, para ellas, la sexualidad se mantiene como una responsabilidad predominantemente femenina.

Las cuatro mujeres admitieron ser hijas de una generación de padres para los que la sexualidad representaba un tema tabú que no se discutía al interior de la familia. Hablar abiertamente de sexualidad significaba para los padres incitar a los hijos a iniciar su vida sexual; evitar hacerlo retrasaba su inicio:

Mi mamá era muy, ¿cómo se dice? Como pos como las mamás de antes, no se abrían como uno que: “¡ay hija si no te cuidas esto y esto otro! No, nunca me dijeron eso, nada” (Carmen, comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Lucero también sostiene que su mamá era “muy cerrada” en temas de sexualidad, “muy católica” (comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Sin embargo, es posible que las madres de las entrevistadas también hubieran padecido la falta de información al respecto. La ignorancia acerca de los procesos reproductivos de las mujeres era común, como señala Josefina:

Cuando yo empecé a menstruar mi mamá no me dijo nada que porque ella decía que ya me había metido con un hombre y ella decía que era por eso (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Ante la falta de apertura por parte de su madre, Josefina recurrió a su pareja con la que comenzó a vivir a los 15 años, y a su suegra, en busca de orientación en la materia.

En los testimonios de las cuatro mujeres resalta la responsabilidad que se le confiere a la mujer en lo que respecta a la educación sexual. Las entrevistadas, ante

la falta de comunicación con sus madres, recurrían a otra figura femenina, como amigas o maestras. En ningún caso el hombre figuró como consejero en estos temas, a excepción de Josefina, que buscó en su pareja información sobre sexualidad, lo cual muestra la necesidad de que haya un vínculo más íntimo, una especie de corresponsabilidad entre hombres y mujeres en la dimensión sexual, para que las mujeres sintieran la confianza de discutir estos temas con ellos.

El otro elemento que se abordó en las entrevistas fue la anticoncepción. El acceso a los métodos anticonceptivos se dio en tres de las mujeres con las que se platicó; una de ella nunca ha utilizado un método anticonceptivo. En el resto de los casos, tres aspectos saltan a la vista: la ausencia de estos métodos en la primera relación sexual, el énfasis que hacen las instituciones de salud pública en las mujeres casadas y en edad reproductiva cuando se trata de anticoncepción, y la negación de la voz de las mujeres en situación de pobreza cuando rechazan un método anticonceptivo.

Sobre el primer aspecto, Lucero, Josefina y Teresa comenzaron su vida sexual antes de los 20 años: Josefina a los 15 años, Lucero a los 17 y Teresa a los 19 años. Ninguna utilizó algún método anticonceptivo. Estas experiencias representan una realidad que no ha cambiado de manera significativa en los últimos años, como muestra la Encuesta Nacional de Salud de 2000: solo 37% de los adolescentes encuestados que afirmaron haber comenzado su vida sexual, utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (González-Garza, Rojas-Martínez, Hernández-Serrato y Olaiz-Fernández, 2005: 213). Cabe destacar que en todos los casos analizados, las mujeres iniciaron su vida sexual con la pareja que tienen en la actualidad.

En las tres habitantes de Arroyo de Aldana que continuaron utilizando algún método de control natal, el uso comenzó una vez que tuvieron sus primeros embarazos como una forma de tener mayor control sobre el número de hijos. Entre ellas, predomina el uso del DIU como su primera opción, aunque una de ellas lo cambió por un implante hormonal subdérmico. Dos de las tres mujeres a las que nos referimos, optaron por la salpingoclasia, un método permanente.

Dado que las mujeres refirieron haber acudido a servicios de salud público para obtener sus métodos anticonceptivos, es posible observar una característica propia de los programas dirigidos a la reproducción en contextos conservadores: el énfasis que hacen estos en las mujeres casadas y en edad reproductiva, como observamos en el capítulo anterior. Esto sucede con frecuencia en Guanajuato, como señala la organización REDefine:

De repente las pocas campañas que pueden salir sobre derechos, por ejemplo sobre métodos anticonceptivos, normalmente sí, consideran a la mujer, pero ni siquiera se considera una mujer joven, se considera una mujer que ya tuvo hijos, o sea, hacen algunas campañas sobre vasectomías, se enfocan en mujeres grandes, se enfocan en parejas casadas, en parejas con hijos. Llegan [sic] últimamente que hemos estado vi-

sitando los centros de salud, llegas y te encuentras información que no está disponible para una mujer ordinaria, para mujer joven, para una adolescente (L. Martínez, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

De acuerdo con su testimonio, se privilegia el uso de anticonceptivos en mujeres casadas o con parejas estables, heterosexuales principalmente, lo cual en un contexto conservador nos indica la preponderancia que mantiene la sexualidad con fines de reproducción: la anticoncepción aparece como un recurso enfocado al espaciamiento de los hijos, mas no para el ejercicio de una sexualidad que no tenga como propósito la procreación.

La experiencia de Josefina nos permite vislumbrar otro aspecto de la reproducción que tiene que ver con la negación de la opinión de las mujeres, principalmente en situación de pobreza, cuando se tratan asuntos que se consideran de dominio médico. A Josefina le implantaron un DIU en el centro de salud del centro de Guanajuato, con el que duró dos años. Sin embargo, después de un tiempo comenzó a presentar malestares (“cólicos”) y un sangrado que duró un mes y que ella confundió con la menstruación. De manera que acudió al centro de salud para que la atendieran:

Iba al centro de salud, pero me decían que era normal, y yo decía: “¿cómo va ser?, no es normal”; hasta que un doctor de los Similares,² una doctora me dijo que no, porque era una hemorragia interna, que era mucho, mínimo con una semana ocho días más o menos, pero yo casi sí me echaba el mes (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

A pesar del evidente malestar que sentía Josefina, el médico posee la autoridad que emana de su formación, de definir lo que es normal. En su caso, hizo falta que cambiaran de responsable médico para que le removieran el DIU:

Él no me lo quería quitar; después lo renovaron al doctor y entró un nuevo y él sí. Ya le platicué y me dijo: “oye ¿sabes qué?, es mucho lo que usted está menstruando, al momento de que usted empezó a notar eso tenían que habérselo retirado”, y él sí me lo retiró (*ídem*).

Roberto Castro en la investigación que hizo de la salud y la reproducción en la comunidad de Ocuítuco, analiza la *medicalización* (cursivas empleadas por el autor), y la tendencia que se observa en las sociedades contemporáneas a considerar la

² Cadena farmacéutica que vende medicamentos que no son fabricados por laboratorios de patente. También cuentan con consultas médicas a bajo costo.

medicina el paradigma dominante, como antes la religión (Castro, 2000: 87-90). Esta preocupación, continúa Castro, se retoma desde el feminismo para sugerir que la medicina se ha convertido en un medio de reforzar la dominación sobre las mujeres, principalmente, a través de la noción de *normalidad*, que se refiere a la sexualidad de las mujeres enfocada a la maternidad. De esta manera, existe una forma *normal* de experimentar la menstruación, por ejemplo, que está definida en términos médicos, de tal manera que la voz de las mujeres se subordina a la opinión del médico, más si se trata de aquellas que viven en situación de pobreza.

A partir de las experiencias de las mujeres entrevistadas, es posible observar que las condiciones tanto del embarazo como del parto se ven influidas por factores económicos y familiares, donde la violencia es un elemento presente en numerosas situaciones que viven las mujeres en situación de pobreza.

En la vida de Carmen la violencia ha sido una constante. Su padre tenía problemas de alcoholismo, acostumbraba golpear tanto a su esposa como a Carmen, por ser la mayor y tener a su cargo la responsabilidad de sus hermanos. Como la mayor de la familia, ella era responsable de ayudar en la crianza de sus hermanos y en las labores del hogar, tareas culturalmente asociadas a las mujeres. Debido a su condición de mujer, era “natural” que ella realizara estas actividades. Al mismo tiempo se le negó el acceso a la educación: por un lado, un padre que evitaba mediante la violencia física que acudiera a la escuela, por otro el rechazo de su madre, que irónicamente estudió para ser docente de primaria, pero su esposo le prohibió ejercer su profesión. De manera que nunca aprendió a leer y a escribir. Ella considera que, aunque después lo intentó, los golpes que recibió en la cabeza a lo largo de su vida provocaron que no tuviera la capacidad de aprender:

Le digo: “ay amá si tú sabes leer y todo, ¿porque nunca nos enseñaste? Que egoísta fuiste”. Dice: “ay, ni tiempo había hija”. Le digo, si no, no fuéramos tan analfabetas. ¡Ah mis hermanos ya saben! Porque han ido a escuelas de adultos. Yo he ido fijese, bien hartas veces a escuelas de adultos y nada. No, me pegaban muy duro en la cabeza, sí. Yo también digo que mis dolores de cabeza es de eso. [...] Porque me agarraba [su padre]. Tenía mi pelo hasta acá, hasta la cintura y mis trenzotas. Me agarraba de las trenzas y me llevaba arrastrando. Yo digo que todo eso fue. Y ahora que ya estoy más vieja, eso es todo lo que estoy padeciendo. Sí. (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Así como ella sufrió la violencia de su padre, la vida de su madre también se vio marcada por los abusos. Como parte de las costumbres aceptadas culturalmente, su padre se robó a la madre de Carmen, truncando la posibilidad de tener una profesión. Además, la distribución de los recursos económicos respondía a una marcada jerarquía que tenía al hombre en la posición más alta. El padre de

Carmen se apropió de la herencia que le dejaron sus abuelos maternos a su madre y la derrochó:

Mis abuelitos maternos le daban dinero [a su madre] porque ellos eran de dinero, pero cuando mis abuelitos se murieron, les dieron herencia a todos sus hijos, pero la más jodida fue mi mamá, porque mi papá en su junta de borrachera vendió la herencia (*ídem*).

A partir de la entrevista podemos observar que la pobreza no es de larga data en la familia de Carmen. Las adicciones y una marcada asimetría en el poder de decisión en los asuntos del hogar y la distribución del ingreso, llevaron a su familia nuclear a vivir en situación de pobreza, disminuyendo las capacidades de Carmen y de sus hijos, de salir de esta condición. Llama la atención que, tal como señala la tesis de la feminización de la pobreza, en este caso la pobreza es un fenómeno que no afecta a todos los miembros por igual. La madre de Carmen padeció las carencias más que su esposo, por ser él quien mantenía el control sobre los recursos, decidiendo a qué los destinaba. La pobreza y la desigualdad de género se conjugan, dando forma a un problema que va más allá de la carencia de recursos.

Ante tal ambiente que vivía en su hogar materno, Carmen señala que se casó “pa’ salirme de este infierno”, pero su situación no fue muy distinta que la de su madre: su esposo también abusaba del alcohol y la golpeaba, de tal manera que decidió separarse de él. Sin embargo, este desapareció, dejando sin apoyo económico a Carmen, quien comenzó a trabajar como empleada doméstica para mantener a su familia.

Como el resto de las entrevistadas, Carmen recuerda que sus embarazos fueron normales, a excepción del último, en el que la violencia física de su esposo estuvo a punto de provocarle un aborto:

- Me vi muy mala porque me pegaba en la panza. Que quería que abortara.
- ¿Y qué hizo usted?
- Mi suegra a veces me defendía y a veces no me defendía...
- ¿Y por qué no quería a la más chica?
- Porque ya andaba de cabrón. Ya andaba allá... Como se iba, era perforador de pozos, se iba a las playas. Y ya llegaba bien... [risas] (*ídem*).

En el cuidado del embarazo se observa un cambio con el tiempo. Las cuatro mujeres sostienen que no contaron con atención médica durante sus primeros embarazos, a diferencia de los más recientes. Aunque los servicios de salud públicos si incluían la atención durante el parto, el seguimiento del embarazo no era una práctica extendida. De igual manera, tres de las mujeres afirmaron haber sido aten-

didadas durante el parto en hospitales públicos. Carmen en cambio dijo haber sido atendida por una partera. Llama la atención que ella considera que el dolor físico es inherente al parto. Cuando se le preguntó si no había prácticas para mitigar el dolor, ella lo negó, sosteniendo que “así es, así será”.

Resalta que a pesar de que la medicalización del parto se encuentra muy extendida en la actualidad, las parteras continúan asistiendo a muchas mujeres embarazadas, principalmente a aquellas en situación de pobreza. Las hijas de la partera que atendió a Carmen continuaron con el oficio.

Es evidente que el acceso a hospitales públicos no es motivo suficiente para dejar de recurrir a los servicios de parteras, como es posible observar en el centro de Guanajuato, donde a pesar de haber clínicas y hospitales, algunas mujeres prefieren la atención de estas mujeres. Aunque las entrevistadas más jóvenes dijeron haber parido en hospitales, diversas prácticas tradicionales asociadas a la reproducción y la maternidad se mantiene como acompañamiento de la atención médica:

Pues a esta, a mi hija la sobó una señora, que ahí le hace a la chingadera, pero sí salió bien. Estaba sentada. Venía sentada y la sobó antes de aliviarse y salió, véala, bien grandota. [...] Me la cernió en un rebozo y quién sabe qué tanto hizo y salió normal (*ídem*).

En los casos en que las mujeres parieron en hospitales públicos, la tendencia fue reconocer que la atención recibida es buena, a excepción de uno de los partos de Lucero, en el que la negligencia médica la obligó a dar a luz sin ninguna asistencia:

Solamente cuando me alivié del niño mediano me alivié yo sola porque los doctores estaban dormidos. Estaba yo sola en espera y me dejaron sola, que aún no me tocaba, pero estaban las camillas solas y estaban dos doctores y los dos fueron y se acostaron y se quedaron dormidos y yo con los dolores. Pues no aguanté, me fui para afuera y ahí nació mi niño, y ya luego me agarraron y me llevaron a la sala de expulsión y me limpiaron, pero ya estaba mi bebé ahí (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

La violencia obstétrica representa una de las principales violaciones a los derechos sexuales y reproductivos en México. Cientos de mujeres al año ponen en riesgo sus vidas debido a la negligencia del personal de los servicios salud, lo cual se recrudece cuando la mujer es pobre o es indígena. Pero y no obstante las altas cifras, en el país solo tres estados reconocen la violencia obstétrica como un delito: Guerrero, Veracruz y Chiapas.

Ahora bien, aunque este estudio no pretende realizar generalizaciones a partir de los pocos casos analizados, como comentamos previamente, las condiciones en

las que estas mujeres viven su sexualidad, muestran elementos que han aparecido en otras investigaciones sobre la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza, lo que nos lleva a pensar que existen rasgos que se repiten incluso en distintos espacios geográficos. Uno de ellos es la dificultad de acceder a métodos anticonceptivos cuando la mujer no está casada. Aunque en todos los casos analizados las entrevistadas estaban casadas, llama la atención que el uso de anticonceptivos comenzó cuando se casaron, lo que nos muestra la permanencia entre los responsables del diseño y ejecución de programas enfocados a la anticoncepción, de una idea que privilegia el control natal en parejas estables, mayores de edad y heterosexuales principalmente. Las necesidades de anticoncepción de los jóvenes, por ejemplo, quedan insatisfechas, lo cual puede observarse en el alto número de embarazos en niñas y adolescentes que se presentan en la entidad.

Estos supuestos que se mantienen en la política enfocada a dotar de métodos anticonceptivos a la población se hacen visibles en los indicadores oficiales, que invisibilizan a los otros usuarios cuyas necesidades de anticoncepción no son satisfechas. Como señala Ricardo Aparicio (2008) sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA):

Es evidente que conforme las normas sociales se hacen más complejas y se alejan de la concepción basada en la tradicional familia nuclear como espacio exclusivo de vivencia de la sexualidad, surgen necesidades de anticoncepción que no son contempladas en la medida de NNSA. Surgen interrogantes acerca de las necesidades de anticoncepción de la población soltera y mayoritariamente joven que mantiene relaciones sexuales. Por otra parte, ante el aumento en los últimos años de la disolución de las uniones, cabe preguntarse cuáles son las necesidades de anticoncepción de la población divorciada o separada (p. 225).

¿Afecta de forma distinta este sesgo, por llamarlo de alguna manera, en el acceso a los métodos anticonceptivos, a las mujeres en situación de pobreza? En el caso de las entrevistadas, tres de ellas accedieron sin problemas mayores a los métodos, una vez que su vida sexual concordaba con la norma que en los programas se mantiene de la vida sexual. Sin embargo, aquellas que no encajan con tales parámetros, pueden verse afectadas dado que el principal proveedor de métodos anticonceptivos para las mujeres en situación de pobreza es el Estado, ya sea porque es este también el que les provee de atención médica, y el que atiende los partos, momento en el que la mayoría de las mujeres adquirió su método (DIU o la salpingoclasia como método permanente), o por el elevado costo que la atención especializada en ginecología tiene en clínicas privadas.

Otro aspecto de la salud reproductiva en estas mujeres que también salta a la vista es el carácter predominantemente femenino de la sexualidad en términos del

cuidado, la protección y la asesoría. En todos los casos los métodos anticonceptivos utilizados fueron dispositivos que se insertan en el cuerpo de la mujer, o cirugías que limitan de manera permanente su capacidad reproductora. La prevención del embarazo representa una responsabilidad mayor en el caso de las mujeres, porque es su cuerpo el que se controla. A su vez, el Estado no contribuye a eliminar dichas asimetrías ya que, en primer lugar, los métodos anticonceptivos más difundidos son aquellos de uso femenino, y en segundo, porque el principal espacio de decisión sobre anticoncepción es o en las consultas médicas a las que van las mujeres o después del trabajo de parto.

La responsabilidad de las mujeres también es mayor en el caso de la educación sexual. Las mujeres entrevistadas afirmaron acudir a sus madres o en su defecto, a amigas o profesoras para resolver las dudas que tenían en la materia. Solo acudían a hombres cuando se trataba de sus parejas. Cabe señalar que, a pesar que las mujeres entrevistadas, a diferencia de sus madres, están más dispuestas a educar a sus hijos en temas de sexualidad, se mantiene una dificultad a hacerlo con sus hijos varones. Las mujeres sienten mayor comodidad al hablar de estos temas con sus hijas, dejando la responsabilidad de la educación sexual de los hombres a los profesores en las escuelas.

Tal vez la problemática que apareció más relacionada con la salud reproductiva y la pobreza fue la violencia. En los casos analizados, las situaciones donde las mujeres padecieron de violencia de diverso tipo fueron numerosas, en diversos momentos de sus vidas y por parte de actores distintos.

La relación entre violencia y pobreza ha sido estudiada a profundidad por las ciencias sociales. La pobreza incluso se ha llegado a considerar una forma de violencia (Espinar Ruiz, 2006: 43). Por un lado, las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la violencia disminuyen las capacidades de las personas para salir de una situación de pobreza. Tomemos el caso de Carmen, a quien la violencia física de su padre le impidió recibir educación, y que incluso, sostiene ella, los efectos que los golpes tuvieron en su salud a largo plazo, redujeron su capacidad de atención y por lo tanto no pudo realizar estudios en la adultez. Por otra lado, la pobreza, y el sentimiento de marginación y exclusión puede generar situaciones violentas en las personas (p. 43).

Ahora bien, la violencia contra las mujeres en situaciones de pobreza tiene numerosas facetas. Desde el control de los recursos económicos por parte de la pareja al interior del hogar, que desde el punto de vista de Amartya Sen (1999a), disminuye las posibilidades de las mujeres de ejercer sus derechos, o el abandono de las responsabilidades paternales que obligan a las mujeres a llevar una doble jornada de trabajo, hasta la violencia física contra mujeres embarazadas para evitar la responsabilidad de un nuevo hijo.

Lamentablemente, en algunos casos que revisamos, la violencia no proviene únicamente de su pareja, sino de instituciones públicas que violan sus derechos

sexuales y reproductivos en particular, y humanos en general. Para las mujeres en situación de pobreza, el Estado no solo es el principal proveedor de los servicios básicos para ejercer tales derechos, sino que puede llegar a ser una organización violentadora. De tal manera que cabe preguntarse hasta dónde llega la influencia del Estado en la salud reproductiva de las mujeres.

El control material y simbólico de la sexualidad en Guanajuato

Una de las premisas ordenadoras de esta investigación es la existencia de un control de la sexualidad y la reproducción en Guanajuato por parte de las instituciones políticas en las que predomina un pensamiento conservador que privilegia una visión tradicional de la sexualidad, una que se vive al interior del matrimonio y se mantiene enfocada a la reproducción. Tal premisa deriva de una primera aproximación al lugar de estudio, en el que la presencia del conservadurismo está presente tanto en las declaraciones públicas de la élite política, como en las acciones u omisiones en materia de salud reproductiva, así como en el peso que mantiene la Iglesia católica como líder de opinión y poder de facto. De manera que es válido preguntarse: ¿existe un control de la sexualidad por parte de las instituciones políticas en Guanajuato?

Respecto de la dominación y el control que ejerce el Estado sobre diversas dimensiones de la vida de las personas, sostiene Migdal (2011) que en los Estados actuales los funcionarios:

han visto al Estado como una organización que puede (o, al menos, debería) dominar en todos los rincones de la sociedad. Tendría que moldear cómo se ve a sí misma la gente en los mapas de importancia; definir el orden moral y establecer los parámetros de la conducta diaria o, como mínimo, defender y autorizar a otras organizaciones sociales para que asuman algunas de esas tareas (pp. 148-149).

Esta lectura resulta interesante porque hace la distinción entre lo que es y lo que se piensa que es, o lo que el propio autor nombre como la “imagen” y la “práctica”. En este sentido, los funcionarios públicos buscan llevar la autoridad estatal a todos los espacios de acción, regulando la vida de las personas y definiendo los valores que predominan en la sociedad. En el caso de la sexualidad en Guanajuato los funcionarios, con el gobernador a la cabeza, han buscado convertir las instituciones públicas en entes defensores de una visión heteronormativa de la reproducción, privilegiando los valores que para ellos son primordiales, como lo es la protección de la vida. Para esto, han condenado públicamente el ejercicio libre de la sexualidad de las mujeres, y en general cualquier tipo de sexualidad que se escape de una noción de la reproducción que respete los principios de la moral cristiana.

Para alcanzar tales objetivos, y como revisamos en el capítulo anterior, se ha recurrido a evitar la incorporación de la salud reproductiva a la agenda institucional

y al marco jurídico local. Incluso se ha violado la propia ley, como sucede en el caso del aborto, el cual está permitido en caso de violación y aun así no se practica en las instituciones de salud pública. El intento de control puede entenderse desde un punto de vista material, al utilizar los recursos públicos para mantener una visión única, la de las élites de poder, como la predominante. De tal manera que existe un control sobre los recursos económicos, sobre la ley y sobre las políticas, es decir; sobre los campos en que los funcionarios como ejecutores de la acción estatal, tienen incidencia.

Las consecuencias de tal control no son menores: la falta de acceso a métodos anticonceptivos para todo aquel que tiene una vida sexual que no concuerda con la visión hegemónica, el rechazo a practicar abortos aun en casos permitidos por la ley, la negación a sumar la salud reproductiva a la agenda y a reconocer en la práctica y en el marco jurídico local, los derechos sexuales y reproductivos.

Pero, ¿hasta dónde llega tal control por parte de los funcionarios estatales? Desde el enfoque del Estado en la sociedad, la autoridad estatal se encuentra en constante choque con otras fuerzas sociales que compiten no solo por el control material sino por la influencia sobre lo que se considera moral, o correcto (Migdal, 2011: 139). En este sentido, el sistema de valores que las élites esperan que prevalezca, compite con la de otros actores sociales. Aunque en el caso de Guanajuato una importante fuerza social como lo es la Iglesia católica respalda el orden moral propuesto por la élite política, ya que ambos comparten los mismos valores principales, en particular la protección de la vida, lo que fortalece la autoridad estatal en esta materia, existen otras fuerzas que están buscando incidir en el orden moral de la sociedad, cambiando el marco jurídico, proponiendo políticas y fortaleciendo entre la población unos valores basados en la equidad de género, el respeto de otras formas de sexualidad y una salud reproductiva con perspectiva de derechos. Desarrollaremos este tema en el siguiente capítulo.

Ante tal escenario, que Migdal (2011) nombra “de dominación y oposición”, respecto del orden moral, la sociedad guanajuatense no reproduce automáticamente el sistema de valores que predomina en la ley, en el discurso político y en las acciones de gobierno en el tema de la sexualidad y la salud reproductiva. Aunque la aceptación de una visión de la sexualidad desde un enfoque de derechos no haya permeado todavía en el grueso de la población, existen factores de la vida cotidiana que llevan a las mujeres a impulsar otras visiones de la sexualidad y la reproducción diferentes a la hegemónica, si bien en el caso de las mujeres entrevistadas, no en una acción de abierta confrontación ante la autoridad estatal, son significativas para su actuar cotidiano.

Esto es visible principalmente en la educación sexual. Mientras que en Guanajuato se ha presentado una discusión importante sobre la incorporación de la educación sexual a los programas de educación básica, que ha llevado en algunas

ocasiones a eliminar de los libros de texto gratuito cualquier referencia a la reproducción, e incluso muchas escuelas, tanto públicas como privadas, se niegan a impartir estos temas, las mujeres entrevistadas dijeron no solo aceptarla, sino que afirmaron platicar ellas mismas con sus hijos (hijas principalmente, como ya mencionamos) para resolver cualquier duda que ellos pudieran tener respecto de la sexualidad y la reproducción. Lucero afirmó hablar de sexualidad con sus hijos, principalmente con su hija que está en la adolescencia:

Sí, yo sí hablo muy abiertamente con ellos, con ella la que me queda ahorita, y cuando tiene una pregunta pues me la hace con confianza, pero yo sí les hablo en cuanto a lo que puedo orientarlos (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

En el caso de las mujeres entrevistadas, esta diferente visión de la educación sexual proviene de la propia experiencia: las mujeres que conocen las consecuencias de una falta de conocimientos en materia de sexualidad, y el impacto que esto tuvo en sus vidas como embarazos a corta edad o violencia al interior del hogar, buscan que sus hijas no pasen por lo mismo:

Es lo que les digo, fíjense, échenle ganas, que no pasen lo mismo que yo pasé y pos ahí la llevan. Como sea, ahí la llevan (Carmen, comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Aunque hay un cambio importante en la esfera de la sexualidad en función de las generaciones anteriores, la prevención de embarazos continúa siendo una responsabilidad principalmente femenina.

El enfoque que de la educación sexual tienen las mujeres entrevistadas, y que difiere de la visión que tienen algunos funcionarios del estado de Guanajuato, nos invita a reflexionar sobre la diferente perspectiva que ambos actores tienen de uno de los valores principales del conservadurismo: la vida y su protección.

En 2014, el gobernador de Guanajuato Miguel Márquez Márquez hizo la siguiente declaración: “El derecho a la vida es un derecho inalienable del ser humano. Obviamente como católico siempre lo he defendido y lo defenderé”. También sostuvo que: “Aquí vida es vida... pero no nada más de manera institucional, para mí esto es de manera personal, y como católico lo digo de manera muy clara. No puedo traicionar mis principios” (Espinosa, 2014). Incluso, ante la despenalización del aborto en la Ciudad de México, el Congreso local aprobó candados constitucionales para evitar que se presentara en la entidad una propuesta similar. El principal fue la incorporación a la constitución estatal del derecho a la vida. Entonces, el concepto de vida desde esta perspectiva es en el sentido de existencia, de ser. Se garantiza el derecho a la existencia, de tal manera que el aborto representa la principal amenaza a la vida.

Sin embargo, las mujeres entrevistadas hacían énfasis en la calidad de vida, en la vida digna, en una que vale la pena vivir. La educación sexual y la prevención del embarazo en adolescentes, de acuerdo con Carmen, es fundamental ante una vida con constantes adversidades:

Yo me pongo y le digo a esta niña [su nieta]: “Ire hija, esto va a pasar, esto te tienes que cuidar”. Esto, o sea. Eso es lo que yo digo que hace falta de las jovencitas que ahorita ya están en la secundaria, que es lo más difícil. La secundaria. Porque como que ya cuando están en la prepa yo me lo imagino que ya eso es por mañana o no sé. Pero pos desde chiquitas hay que irles metiendo ideas, porque está la vida muy difícil (Comunicación personal, 27 de noviembre de 2015).

Para las mujeres entrevistadas, el embarazo a temprana edad representa la principal amenaza contra una buena calidad de vida: “Ni saben la vida que se echan, se desperdician la vida porque ya no va a ser lo mismo” (*ídem*). El embarazo en la adolescencia, en un contexto de pobreza, dificulta el acceso a uno de los recursos más valorados por ellas para alcanzar una vida más digna: la educación. Para las mujeres de Arroyo de Aldana, fue su experiencia la que les convenció de la dificultad de combinar la educación y la maternidad. Algunas no concluyeron sus estudios por responsabilidades que tradicionalmente se confieren a la mujer, como el apoyo en las tareas domésticas y el cuidado de los hermanos. Para otras, el matrimonio a temprana edad eliminó sus posibilidades de continuar asistiendo a la escuela.

En una situación de pobreza, la percepción de la vida está ligada a la de la adversidad: violencia, carencias, dificultades. Para las mujeres entrevistadas es importante que sus hijas tengan mejores condiciones que las suyas, lo cual está profundamente conectado con la sexualidad. Al respecto, la atención de las entrevistadas se enfoca en las hijas más que en los hijos porque es la vida de ellas la que más se transforma con un embarazo: en un contexto donde las experiencias de abandono, de violencia al interior del hogar, y de una mayor responsabilidad de las mujeres en la crianza de los hijos, la reproducción y en particular la maternidad, la sexualidad juega un papel fundamental para alcanzar la vida que quieren para sus hijos.

La salud reproductiva en el programa PROSPERA a partir de la perspectiva de sus usuarias

Dado que uno de los objetivos principales de esta investigación es conocer si existe un control de la sexualidad de las mujeres por parte de las instituciones públicas de Guanajuato, otro grupo que resultaba importante analizar era el de aquellas mujeres que tienen una relación más estrecha con dichas instituciones. En el caso de las mujeres en condiciones de pobreza, los programas sociales focalizados influyen de manera importante en sus vidas, no solo en los recursos que

obtienen de estos, sino las condiciones que deben cumplir para ser aceptadas y mantenerse dentro del padrón.

Se eligió PROSPERA por ser el programa que más se ha extendido a lo largo del país, por ser el que cuenta con mayores recursos y porque es la bandera del gobierno federal en materia de desarrollo. A su vez, está diseñado bajo un enfoque de pobreza de capacidades, de ahí que incluya entre los servicios que ofrece la salud en general, y la salud reproductiva en particular. La elección de este programa nos permitió observar no solo cómo la salud reproductiva se considera en el diseño, sino también la forma en que la salud reproductiva sufre modificaciones en la aplicación según el contexto, lo que analizamos el capítulo anterior. Además, las entrevistas con mujeres usuarias de PROSPERA ayudó a conocer sus alcances y hasta dónde la salud reproductiva ha sido abordada en los servicios que ofrece.

Posteriormente, podremos contrastar los casos de las mujeres de Arroyo de Aldana y de las usuarias de PROSPERA para conocer si efectivamente una mayor cercanía de las mujeres con las instituciones públicas genera algún cambio en la relación que ellas tienen con su sexualidad.

PROSPERA

El Programa de Inclusión Social PROSPERA, como su portal electrónico oficial afirma, es la principal y más longeva estrategia³ de combate a la pobreza del gobierno federal. Dado que parte de una definición multidimensional de dicho problema, PROSPERA articula para su ejecución a diversas dependencias: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para la ejecución del programa durante 2016, la SEP recibió un presupuesto de 29 152 424 805 pesos; la Secretaría de Salud 6 209 909 161 pesos; el IMSS 10 201 300 pesos, y SEDESOL recibió 46 327 572 255 pesos (Congreso de la Unión, 2016). Con un presupuesto de casi 100 000 millones de pesos, es el programa con mayores recursos de todas las estrategias gubernamentales del país.

De acuerdo con sus Reglas de Operación para el 2016, el objetivo general de PROSPERA es:

Contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar (DOF, 2015b: 7).

³ Antes llevó los nombres de Solidaridad (1988-2002), Progresá (2002-2007) y Oportunidades (2007-2014).

Llama la atención que el programa incorpora el enfoque de pobreza de capacidades propuesto por Amartya Sen, con lo que se espera que el programa no solo busque que la población en situación de pobreza aumente su nivel de ingresos, sino que espera que haga ejercicio de sus derechos a través del desarrollo de sus capacidades. A su vez, uno de sus objetivos específicos continúa con el propósito de potenciar las capacidades: “Ampliar las capacidades asociadas a la alimentación, salud y educación, y el acceso a otras dimensiones del bienestar de las familias beneficiarias del Programa” (*ídem*).

Las capacidades en las que se enfoca PROSPERA corresponden a tres componentes que organizan los apoyos brindados por el programa: alimentación, educación y salud. El componente educativo otorga apoyos a los niños, niñas y adolescentes para continuar con sus estudios, como son: becas educativas, apoyos para útiles escolares e incentivos monetarios para que los jóvenes culminen sus estudios de preparatoria antes de los 22 años.

El componente de alimentación incluye transferencias monetarias para contribuir al mejoramiento de la alimentación de las familias, entrega de suplementos alimenticios para disminuir la desnutrición, servicios de consultoría en nutrición y distribución de productos lácteos a bajo costo a través de Liconsa.

El componente de salud se organiza en torno a tres ejes: la gratuidad de los servicios de salud que conforman el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación de las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); la eliminación de la malnutrición y desnutrición de niños, niñas y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y la promoción del autocuidado de la salud (*ídem*).

Las familias beneficiarias del programa adquieren una serie de compromisos para mantener los apoyos, como destinar los recursos monetarios a los fines para los que fueron entregados, actualizar la información referente a los datos de la familia y participar de manera voluntaria en las sesiones informativas del programa. A su vez, los motivos para la suspensión de los mismos son numerosos y varían en función de las particularidades de cada uno, por ejemplo la suspensión de los apoyos en educación cuando no se certifica la permanencia escolar del beneficiario.

En los siguientes subapartados nos enfocaremos en el componente salud por ser el que incorpora la salud reproductiva entre los servicios que brinda. Observaremos cómo la salud reproductiva aparece como apoyo en sí mismo y como condición para acceder a los beneficios.

La salud reproductiva en el componente de salud

La reproducción se aborda en el programa PROSPERA de diferentes maneras. En primer lugar, es un criterio de elegibilidad: aunque las familias que pueden ingresar al programa son aquellas que se encuentran por debajo de la Línea de Bienestar

Mínimo ajustada (LBMa),⁴ las familias que tengan miembros menores a los 22 años y mujeres en edad reproductiva, tendrán prioridad. A su vez, la permanencia de dichas mujeres en el programa dependerá de la edad que le falte para superar esta etapa. De manera que es posible observar que se mantiene el énfasis en los programas sociales, en las mujeres en edad reproductiva, lo cual había sido objeto de crítica desde hace años debido a la invisibilización de las mujeres en el climaterio, por ejemplo.

Se da entonces, una valorización de la mujer como madre, lo cual es cuestionado por Martha Nussbaum (2000), quien considera que las mujeres suelen no ser tratadas como “fines en sí mismos”, sino que en las estrategias de gobierno aparecen como instrumentos para los fines de otros (p. 2).

La reproducción también es una dimensión que se contempla en los servicios otorgados en el componente salud. Como observábamos, uno de los tres ejes de dicho componente otorga los servicios contemplados en el Paquete Básico Garantizado de Salud, el cual a su vez se clasifica en acciones dirigidas a la comunidad y aquellas que se dirigen a las personas. Entre estas se ofrecen servicios de planificación familiar que incluye la identificación de la población en riesgo, la orientación y provisión de métodos anticonceptivos y la educación en materia de salud sexual (DOF, 2015b) (Tabla 11).

Tabla 11

Servicios y acciones en materia de planificación familiar del componente salud

Servicio	Acciones
<p><i>Planificación Familiar</i></p> <p>Es un servicio estratégico para la salud materno infantil y el bienestar familiar ya que favorece en los individuos y las parejas la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desean, con pleno respeto a su dignidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y provisión de métodos anticonceptivos (Métodos temporales: hormonales orales, anticoncepción poscoito, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos, dispositivos intrauterinos, condón masculino y femenino, métodos de barrera y espermicida, métodos tradicionales naturales o de abstinencia periódica. Métodos permanentes oclusión tubaria bilateral, vasectomía) • Identificación de la población en riesgo • Referencia para la aplicación de DIU, oclusión tubaria bilateral, vasectomía y manejo de infertilidad • Educación y promoción de la salud reproductiva

Fuente: DOF (2015b).

⁴ De acuerdo con CONEVAL (s/f), es el valor que tiene la canasta alimentaria por persona en un mes.

A su vez, a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia se destinan los servicios de consulta prenatal, identificación y atención de embarazos de alto riesgo, atención del parto, del recién nacido y puerperio, así como consejería en salud reproductiva y planificación familiar, entre otras (Figura 3).

Tabla 12

Servicios y acciones dirigidos al embarazo, parto y puerperio en el componente salud

<p><i>Atención prenatal, del parto y puerperio y el recién nacido</i></p> <p>Se orienta a reducir y atender los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal. Reviste especial importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud • Identificación de embarazadas • Consulta prenatal de primera vez • Consulta prenatal subsecuente • Aplicación del toxoide tetánico y diftérico • Ministración de hierro y ácido fólico • Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo • Consejería de salud reproductiva y planificación familiar, individual o a la pareja • Atención de parto y cuidados inmediatos de recién nacido • Atención del puerperio • Promoción de lactancia materna
---	--

Fuente: DOF (2015b).

Finalmente, en los servicios en materia reproductiva se incluye también la prevención, detección y seguimiento del cáncer cérvico uterino. En definición, estas acciones conciben la reproducción desde un enfoque de salud reproductiva; es decir, buscan fortalecer la capacidad de las mujeres de tener una vida sexual segura, y de decidir el número y espaciamiento de los hijos. También destaca la atención a problemas importantes en materia de salud reproductiva, como la mortalidad materna.

La reproducción también es abordada a partir de la capacitación de los usuarios. El tercer eje del componente salud, la promoción del autocuidado de la salud, corresponde a la impartición de talleres en materia de sexualidad, maternidad, climaterio y enfermedades reproductivas (Figura 4).

Debido a que nos interesa analizar las herramientas que otorga el programa a las mujeres para que tomen sus propias decisiones en materia de salud reproductiva, y observar si esta estrategia gubernamental ha pasado de brindar atención médica a fomentar la valorización entre las mujeres, de la salud reproductiva en cuanto derecho, nos enfocamos en estudiar tales talleres comunitarios a partir del testimonio de cinco de sus usuarias.

Tabla 13

Temas en materia de salud reproductiva impartidos en los talleres de autocuidado de la salud

Salud sexual y reproductiva	Adolescencia y sexualidad	Adolescencia Sexualidad
	Prevención de infecciones de transmisión sexual	Infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA
	Planificación familiar	Planificación familiar
	Embarazo, parto y puerperio	Embarazo y maternidad sin riesgos
		Parto y puerperio
		Lactancia materna
	Climaterio masculino y femenino	Climaterio masculino y femenino
	Prevención de cáncer	Cáncer cérvico uterino
Cáncer de mama		
Cáncer de próstata		

Fuente: DOF (2015b).

Apreciación de los talleres en salud reproductiva por parte de sus asistentes

Se entrevistó a cinco mujeres habitantes de colonias diversas del municipio de Guanajuato con grados de marginación entre medios y muy altos, todas ellas madres de familia (Tabla 11). Cabe destacar que las cinco mujeres además de acudir a los talleres, contaban con atención médica y una transferencia de renta proporcionados por el programa. Esta característica influyó en la opinión que las usuarias tienen sobre los talleres.

Elas pertenecen al total de 6 116 mujeres que, de acuerdo con la Secretaría de Salud de Guanajuato, han acudido a los talleres comunitarios de autocuidado de la salud, en el tema de salud sexual y reproductiva en el municipio de Guanajuato.⁵ Las cinco mujeres se encuentran en un rango de edad de entre 35 y 47 años, tienen un grado máximo de estudios de segundo de secundaria y todas tienen hijos. Dos de ellas se dedican al hogar, una trabaja como empleada doméstica, una posee una tienda y dos se dedican al comercio informal. Dos son casadas y tres son madres solteras y jefas de familia.

En términos de anticoncepción todas afirmaron tener acceso a métodos entre los que destaca por su frecuencia el DIU y la salpingoclasia, los cuáles han adquirido a

⁵ Información obtenida a través del portal de transparencia del gobierno del estado de Guanajuato, como respuesta a la solicitud con número de folio 24103, realizada el 11 de noviembre de 2015.

Tabla 14

Características de mujeres usuarias de PROSPERA

Variable	Mujeres entrevistadas				
	Ana	Sara	Eva	Hilda	Lorena
Edad	47	41	35	40	38
Lugar de origen	Guanajuato	Guanajuato	Guanajuato	Guanajuato	Guanajuato
Escolaridad	Primaria trunca	Secundaria trunca	Sin estudios	Secundaria trunca	Primaria trunca
Ocupación	Labores del hogar	Labores del hogar. Cuidado de hijos	Labores del hogar. Comercio informal	Labores del hogar. Tienda de abarrotes	Labores del hogar. Venta de calzado por catálogo
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Madre soltera	Madre soltera
Número de hijos	3	2	3	1	3
Proveedores	Esposo e hijos	Esposo	Esposo, hijo mayor y ella	Ella	Ella e hija mayor
Ingresos aproximados	No dio	Varían	\$ 3 000	Varían	\$ 2 500

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

partir de los servicios de salud de PROSPERA. Además, destaca que la atención médica es más constante y la realización de los estudios de papanicolau y mamografías son periódicos, en parte porque asistir a dichas revisiones son requisitos para seguir recibiendo los apoyos del programa. En este sentido, existe una importante diferencia con las mujeres de Arroyo de Aldana, quienes en su mayoría asistían al médico en caso de malestar evidente. Sin embargo, en cuestión de anticonceptivos, la diferencia no es significativa ya que ellas adquirirían los métodos a través del Seguro Popular.

Respecto de los talleres, en general la apreciación que tienen de ellos es buena, aunque la salud reproductiva no es el tema que predomina ni el que más útil les ha parecido. En el caso de Sara, no ha asistido a ninguna sesión en la que se haya tratado el tema:

No ha habido de eso. No he escuchado. Ha habido sobre la salud, sobre el cáncer, sobre la diabetes, cosas así, pero de eso no (Comunicación personal, 24 de noviembre de 2015).

En otros casos, los únicos aspectos en torno a la salud reproductiva que se discutían eran los relacionados con el cáncer de mama, el cáncer cérvico uterino y la lactancia, lo que permite observar, por un lado, que el tratamiento que se da al cáncer es de salud en general y no se asocia a la sexualidad, y por otro, que los temas

relacionados con la maternidad son más aceptados en las instituciones públicas. Sin embargo, para las mujeres que sí recuerdan haber asistido a talleres de salud reproductiva, este tema parece no ser relevante:

- Y de qué han sido los talleres?
- Tratan de muchas cosas. Ya hasta se me olvidó. [Risas] Sí, nos dan pláticas de todo lo que nos hace daño, de muchas cosas, del cáncer, todo eso.
- ¿De salud reproductiva, anticoncepción?
- Sí, sí, todo eso (*idem*).

Otro aspecto que resalta es que la obligatoriedad de los talleres llega incluso a ser contradictorio con el enfoque de capacidades desde el que se diseña este programa social. Si consideramos que la salud es tratada como un derecho que se ejerce a través de una capacidad satisfecha, la información que promueva el cuidado de la salud debería ser una herramienta que contribuya a alcanzar un bienestar físico, mental y emocional. Sin embargo, para Ana los talleres son una obligación que en ocasiones puede contraponerse a su salud:

como a veces estoy enferma, a veces aunque esté enferma tengo que venir, tengo que asistir porque es nuestra obligación (Comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

Esta crítica cabe no solo para este programa en particular, sino para el modelo de transferencias de renta condicionadas, que dificultan la posibilidad de las personas en situación de pobreza de elegir la vida que desean vivir. El aspecto de la libertad que desempeña un papel relevante en la teoría propuesta por Amartya Sen (1999b), se pierde en el componente de salud de PROSPERA, en el momento en que la salud se convierte en una condición para mantener el apoyo monetario. En abierta contradicción al enfoque, y en una acción éticamente cuestionable, las capacidades se subordinan a los recursos monetarios.

Otra crítica que se hace a los talleres de PROSPERA en general, es el uso que se le da en muchas ocasiones para la promoción de un partido político o exaltar la figura de un funcionario de gobierno. El carácter público de los programas sociales puede desdibujarse para considerarse una dádiva personal de dicha figura. Respecto de las reuniones de la Mesa de Atención Personalizada Oportunidades (MAPO) afirma Hilda:

- Hilda: Tenemos el otro talleres de MAPO, la junta que nos dan acá, cada dos meses.
- ¿Y esa de qué es?
- Esa trata de, cuando nos dan asuntos generales, por decir de, cuando nos manda salu-

dos el gobernador, y que nos manda de, pues sí, de lo que se está tratando y aparte, un suponer, de lo que va a meter más, de lo que está incluyendo al programa para que se vea un poquito más extenso (Comunicación personal, 24 de noviembre de 2015).

A pesar de ser un programa federal y público, se socializa entre los beneficiarios como un logro personal del gobernador, quien decide de manera individual, la manera de operar del programa.

Más allá de la atención médica periódica que forma parte de PROSPERA, no existen diferencias significativas entre las mujeres usuarias de dicho programa y las vecinas de Arroyo de Aldana que entrevistamos, con lo que podemos concluir que el objetivo del eje de autocuidado de la salud en materia reproductiva, no se ha cumplido en la medida que busca otorgar los servicios de salud del Programa Básico de Salud. Se mantiene como prioridad una visión de la salud reproductiva mediada por un médico, fallando en promover la autogestión y en brindar información pertinente que les permita a las mujeres tomar con base en ella, decisiones en función de su vida sexual.

Sin embargo, cabe señalar que las fallas en los talleres de autocuidado de la salud reproductiva responden en gran medida al contexto local y no solo al diseño de la política. Ya que en las Reglas de Operación se establece que los responsables de seleccionar los temas para la aplicación local de los talleres son las autoridades locales en la materia, son estos funcionarios quienes toman las decisiones, quienes consideran si el tema es prioritario o no. De manera que, como observamos en el capítulo anterior, las condiciones de la entidad, la agenda pública local y lo que se considera un problema público son elementos que influyen en la transformación de una estrategia, causando en este caso, que el tema de la salud reproductiva no se imparta a fondo en los talleres de PROSPERA, o que, si se hace, deje fuera aspectos que son relevantes pero que no cuentan con la suficiente aprobación por parte de los funcionarios responsables.

En este contexto, existen semejanzas entre los dos grupos de mujeres con los que trabajamos en esta investigación que son importante destacar. Una es la relación que tienen ellas con la educación sexual. Así como las mujeres de Arroyo de Aldana, las usuarias de PROSPERA informaron que provienen de familias en las que no se hablaba de sexualidad. Como menciona Sara, su mamá no habló con ella del tema, de ahí que explicarle a sus hijos sea complicado pues ella misma no cuenta con los conocimientos necesarios, considera. Sin embargo, también Sara como el resto de las mujeres, busca cambiar esta situación con sus hijos, incluso con los hombres, lo cual sí se separa de lo que observamos en Arroyo de Aldana:

Mi mamá también era de las que no te explicaban que te iba a pasar. Me llegó mi hijo y yo me quedé de, ¿ahora cómo te lo explico más claro? Y le digo pues es que

a nosotros nunca nos los explicaron y ya le empecé a decir. Se trata de que él lo entienda claro. Le digo, que sepa las consecuencias de cuando le llega a uno la regla. Entonces sí trato de ser muy clarita con él para que él sepa (Comunicación personal, 24 de noviembre de 2015).

Ante la falta de información, las mujeres aprueban que en las escuelas se impartan clases de educación sexual para que complemente lo que ellas pueden enseñar a sus hijos, lo cual contrasta, como en el caso de las mujeres de Arroyo de Aldana, con el rechazo de muchas escuelas y de funcionarios de educación pública, de abordar estos temas en el aula. Destaca una vez más la necesidad de que los talleres de autocuidado de la salud incorporen la salud reproductiva a sus temas, no solo para las decisiones de la mujer, sino para que ellas pasen la información a sus hijos.

Otra semejanza entre los dos grupos es el arraigo entre las mujeres, de la idea de que la reproducción es una responsabilidad principalmente femenina, como se observa en la perspectiva que tiene Ana de los embarazos en adolescentes, la cual es originada, así lo considera, por la ausencia de la madre en el hogar debido a su incorporación al mercado laboral:

A veces yo digo por la falta de que las mamás, se separan los papás, las mamás se meten a trabajar, ya no tienen cuidado, se descuidan y por eso es lo que a mí me ha dicho mi esposo cuando yo quería trabajar que tuve mi primer hijo, cuando tuve mi embarazo y luego trabajaba con la esposa de un licenciado... Yo le dije voy a seguir trabajando y dice no, dice “no es que se meten a trabajar y descuidan a los hijos, y ya” (Comunicación personal, 24 de noviembre de 2015).

A partir del testimonio de Ana, podemos vislumbrar que se mantiene una mayor obligación de la madre en la crianza, que la hace, desde la visión de otras mujeres, responsable de la vida sexual de sus hijos. Además, al interior del hogar se mantienen todavía, relaciones asimétricas de poder entre hombres y mujeres, que determinan si estas pueden buscar un empleo. Aunque incorporarse al mercado laboral podría aumentar el nivel de ingresos de la familia, existe en algunas familias un rechazo a que las mujeres desatiendan las labores del hogar.

En el siguiente capítulo, analizaremos cómo las organizaciones civiles han desempeñado un importante papel para la transformación de estas concepciones que mantienen una inequidad de género en la entidad, desde el trabajo con las mujeres hasta la incorporación de la salud reproductiva en la agenda pública.

CAPÍTULO V

Los derechos sexuales y reproductivos como campo de batalla: conflictos y potencialidades

La protección de la vida desde la concepción

En un hecho que representó un hito para México e incluso América Latina, donde la influencia de la Iglesia católica es una realidad innegable, particularmente en lo que se refiere a la regulación de la sexualidad y la protección de la familia, en abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la despenalización del aborto practicado antes de las 12 semanas de gestación. Según Marta Lamas (2009), tres factores fueron determinantes en su consecución: *a*) la presión de grupos feministas, entre los que resalta el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), y su contribución con información especializada y rigurosa en un debate que se había centrado en cuestiones morales; *b*) la llegada del Partido de la Revolución Democrática (PRD) al gobierno capitalino y su obtención de la mayoría absoluta en la Asamblea Legislativa; este partido había incluido en su plataforma la realización de una consulta pública para discutir la posibilidad de una reforma a la normativa del aborto, e incluso la despenalización del mismo, y finalmente *c*) la “polarización postelectoral” de los comicios presidenciales de 2006.

Las consecuencias de la despenalización fueron importantes. Una de ellas fue el incremento en el número de abortos seguros y legales, que pasaron de 13 404 en 2008, a 18 942 practicados en 2011. El número de mujeres de otros estados de la República que ha acudido a clínicas de la Ciudad de México también aumentó, de 80 que fueron en 2008, a 737 en 2011 (GIRE, 2016). La tabla 12 muestra la evolución de los abortos practicados en la Ciudad de México desde 2007.

Otra consecuencia, inmediatamente posterior a la despenalización del aborto, fue una serie de reformas a las constituciones de diversos estados del país, que buscaron blindar sus marcos jurídicos para evitar que se repitieran experiencias similares a la sucedida en la Ciudad de México. En la actualidad 16 constituciones locales establecen la protección de la vida desde la concepción: los congresos de Baja California y Morelos la aprobaron en 2008; Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Durango, Sonora, Chiapas, Colima, Jalisco, Nayarit, Yucatán y Guana-

Tabla 15

Interrupciones legales del embarazo por año y entidad

Año	Número
2007 (1)	Total de abortos practicados: 4 799
(1) Mayo a diciembre de 2007	Ciudad de México: 4 179 mujeres= 87%
	Estado de México: 540 mujeres= 11%
	Otro: 80 mujeres= 2%
2008	Total de abortos practicados: 13 404
	Ciudad de México: (10 137 mujeres= 76 %
	Estado de México: 2 865 mujeres= 21%
	Otro: 402 mujeres= 3%
2009	Total de abortos practicados: 16 475
	Ciudad de México: 12 221 mujeres= 74%
	Estado de México: 3 780= 23%
	Otro: 474= 3%
2010	Total de abortos practicados: 16 945
	Ciudad de México: 12 217 mujeres= 72%
	Estado de México: 4 064 mujeres= 24%
	Otro: 664 mujeres= 4%
2011	Total de abortos practicados: 20 319
	Ciudad de México: 14 390 mujeres= 70.8 %
	Estado de México: 5 187 mujeres= 25.5%
	Otro: 737 mujeres= 3.5%

Fuente: Obtenida de gire.org.mx el 30 de abril de 2016. <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto/cifras>

juato lo hicieron en 2009; Tamaulipas en 2010. Además, en 8 estados se presentaron iniciativas de reforma que no fueron aprobadas: Tabasco, Aguascalientes, Estado de México, Baja California Sur, Sinaloa, Tlaxcala, Hidalgo y Zacatecas. El último fue Veracruz, entidad en la que el 23 de agosto de 2016 el entonces gobernador Javier Duarte promulgó la reforma al artículo 4 de la constitución local, propuesta por él mismo, y luego de un proceso caracterizado por diversas irregularidades, como el hecho de que dicha iniciativa de anteproyecto no se analizó en comisiones, sino que pasó al pleno en menos de 72 horas. Desde organizaciones civiles y colectivos, hasta las oficinas en México de la ONU sobre Igualdad de Género y Derechos Humanos, se condenó tal decisión.

En el caso de Guanajuato, antes de la reforma constitucional existió un precedente en contra de la interrupción de embarazo. Como señala Marta Lamas (2009), el 3 de agosto de 2000 la fracción legislativa del PAN aprobó

una enmienda al Código Penal orientada a castigar el aborto en casos de violación, con penas y multas para la mujer y para la persona que realizara la operación, a quien se le suspendería la licencia para su práctica médica (pp. 164-165).

El entonces gobernador interino del estado, Ramón Martín Huerta, debía aprobar dicha reforma en un máximo de 10 días. Mientras tanto, organizaciones de mujeres en Guanajuato realizaron una consulta a la población, alterna a la que había propuesto el gobierno. El 29 de agosto de 2000, Huerta vetó la reforma, con lo que se mantuvo –y se mantiene hasta el momento– legal en el estado, el aborto en caso de violación (*ídem*).

La prohibición del aborto en Guanajuato volvió a adquirir relevancia dos días después de la despenalización en la Ciudad de México, cuando el 26 de abril de 2007 la fracción parlamentaria del PAN presentó una nueva iniciativa. El 8 de mayo de 2009, durante la LX Legislatura, se planteó en el Congreso local el dictamen emitido por la Comisión de Gobernación y Puntos Constitucionales, que hacía referencia a dicha iniciativa, la cual proponía la reforma del segundo párrafo y la adición de un tercero al artículo 1° de la Constitución Política Para el Estado de Guanajuato, en el que se explicitara que el ser humano es persona y sujeto de derechos desde su concepción hasta su muerte natural. Luego de que el presidente del Congreso sometiera a discusión el dictamen, ningún diputado o diputada hizo uso de la palabra para manifestar su opinión. Posteriormente la iniciativa fue aprobada por unanimidad de votos, con 26 a favor y ninguno en contra (*Diario de los debates*, 2009a).

Dado que se trata de una reforma constitucional, la iniciativa requirió de la aprobación de los ayuntamientos. El 22 de mayo de 2009, en sesión ordinaria se procedió al cómputo de los votos de los municipios. De los 46 municipios,¹ 32 emitieron su voto a favor, por lo que la reforma fue aprobada (*Diario de los debates*, 2009b). El 26 de mayo apareció en el *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato* (2009) el artículo 1° reformado:

ARTÍCULO 1.- En el Estado de Guanajuato...

Para los efectos de esta Constitución y de las leyes que de ella emanen, persona es todo ser humano desde su concepción hasta su muerte natural. El Estado le garantizará el pleno goce y ejercicio de todos sus derechos.

Queda prohibido todo tipo de discriminación que atente contra la dignidad hu-

¹ Abasolo, Acámbaro, Apaseo el Alto, Atarjea, Celaya, Coroneo, Cortázar, Doctor Mora, Guanajuato, Huanímaro, León, Manuel Doblado, Ocampo, Pueblo Nuevo, Purísima del Rincón, Romita, Salamanca, Salvatierra, San Diego de la Unión, San Felipe, San Francisco del Rincón, San José Iturbide, San Luis de la Paz, Santa Catarina, Santa Cruz De Juventino Rosas, Silao, Tarandacua, Tarimoro, Victoria, Villagrán, Xichú y Yuriria.

mana, o contra los derechos y libertades de la persona, con motivo de su origen étnico, nacionalidad, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra circunstancia, calidad o condición (pp. 4-5).

El rechazo de las administraciones panistas –aunque no las únicas– hacia el aborto, ha influido sobremanera en la postura que mantienen las instituciones estatales hacia la salud reproductiva, que incluso llegan a desconocer los derechos sexuales y reproductivos de los guanajuatenses. Connie Flores, integrante de la organización REDefine, con sede en León, sostiene que la posibilidad de entablar un debate público sobre los derechos sexuales y reproductivos en el estado, se ha dificultado a partir de la reforma constitucional que protege la vida desde la concepción. En su opinión, esa fue la última vez que se discutió abiertamente el tema:

O sea, yo creo que, este, que no. No hay un debate, el único debate que yo me acuerdo fue en 2010 [sic] cuando precisamente se estaba hablando de otra vez cerrar al derecho a la vida desde la concepción, cuando salió lo del D.F., unos años posteriores que se hizo el candado. Es el único debate que me acuerdo, pero y pues bueno, no lo manejaban desde los derechos sexuales y reproductivos, sino desde el enfoque de protección de la vida, ¿no? Desde la concepción (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Fundamentos del pensamiento conservador

La protección de la vida es uno de los valores más característicos del pensamiento conservador, derivado fundamentalmente de la enorme influencia que la religión ha tenido en este, desde sus inicios con la obra de Edmund Burke, como se señaló en el segundo capítulo. Una explicación teocéntrica del universo se encuentra en el núcleo de esta corriente de pensamiento: Dios como la medida de todas las cosas (Harbour, 1985: 14). Dado que el ser humano fue hecho a imagen y semejanza de Dios, tiene una relación indisociable con su creador, por lo que su vida es sagrada. Además, el teórico del conservadurismo estadounidense, Clinton Rossiter (1986), considera que este valor “se funda en la eterna verdad de que el hombre es un fin y no un medio” (p. 41).

El PAN retoma principios propios del conservadurismo dentro de su ideología; por ejemplo, en el documento de 1965 “Proyección de Principios de Doctrina del Partido Acción Nacional”, se establece que

por su dignidad, los hombres —iguales por naturaleza— no deben ser reducidos a la categoría de mero instrumento de personas, grupos o instituciones privadas o públicas, con menoscabo de su propio destino temporal y eterno (PAN, 1965: 3).

Es hasta 2002 que el PAN (2012) incorpora textualmente a su “Proyección de Principios...” el valor de la protección de la vida como uno de sus ejes fundamentales en lo que se refiere a la persona: “La vida y la dignidad del ser humano deben protegerse y respetarse desde el momento de su concepción hasta su muerte natural” (PAN, p. 3).

De hecho, la protección de la vida adquiere en los planteamientos del PAN una relevancia que no se había presentado antes en los documentos fundacionales de la organización. En 2012 se agregó a dicho documento el apartado “Humanismo bioético”, que reafirma la postura del partido en torno a la vida: plantea que es el sostén de todos los derechos, por lo que el Estado es responsable de garantizarlo. Además, establece uno de los argumentos más socorridos por integrantes del PAN para justificar su postura hacia la eutanasia, la reproducción asistida, la clonación y el aborto:

Nadie es dueño de la vida, ni de la muerte.

El embrión humano es persona. Tiene dignidad y derecho a la vida, a la identidad, a la protección por el Estado y la sociedad. No puede ser objeto de manipulación ni de las agresiones que conducen a su destrucción y eliminación. Toda vez que el ser humano es en sí mismo un fin y no un medio, la clonación de seres humanos por cualquier razón debe ser prohibida. En la procreación puede ayudarse a la naturaleza, respetando la vida y la dignidad de las personas (p. 13).

A pesar de que la afirmación de que el embrión es una persona desde su concepción encuentra sus bases en el dogma religioso, el PAN ha recurrido al discurso científico para sostener sus argumentos, como fue en el caso de la iniciativa de reforma del artículo 1º constitucional en Guanajuato. Este cambio de estrategia es particularmente relevante por ser un logro de los grupos feministas incluir en el debate en torno a la reproducción elegida, argumentos científicos.

Se puede observar que en esta entidad existe una disputa entre instituciones gubernamentales y organizaciones sociales no solo en el campo legal ni de la agenda pública, sino también en el terreno de lo simbólico, por establecer qué vidas merecen la protección del Estado y definir qué tipo de garantías requieren. Los enfrentamientos se producen “acerca del orden moral básico y de la estructura misma en la cual debería determinarse lo que es correcto y lo que es incorrecto del comportamiento social cotidiano” (Migdal, 2011: 139). Por un lado, el gobierno del estado sostiene que el embrión es sujeto de derechos, con personalidad independiente de la mujer, y por otro, las organizaciones de mujeres consideran que en el discurso estatal existe una jerarquía de las vidas que hay que proteger: primero la del no-nacido y después la de las mujeres, basadas en las múltiples violencias a las que se enfrentan a lo largo de su existencia, las cuales no parecen recibir la misma atención. Al respecto sostenía Katherin Córdoba de la (CJDHM):

No, es que protegen la vida, pero no dicen cual vida. Entonces Guanajuato también tiene la protección de la vida desde la concepción [...]. Pues sí, protegen la vida, pero quien sabe cuál, o sea, la de las mujeres en definitiva no. Tanto así que hay hasta el día de hoy, o sea, el día de hoy sale en las noticias una mujer más asesinada en el estado de Guanajuato, ¿no? Y no ha habido en realidad un cambio estructural para garantizar la vida de las mujeres. Entonces pues está claro que la vida de las mujeres no es la que importa (Comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

Por su parte Libertad Martínez, de REDefine, considera que a la violencia de género se suman las elevadas cifras de desaparecidos en el país. Una violencia que no afecta solo a las mujeres, sino a niñas, niños y adolescentes, por lo que, desde su perspectiva, la protección de la vida caduca al momento del nacimiento

[...] Abarca desde un ámbito [la protección de la vida], desde una esfera, pero en realidad es que Guanajuato está dentro de... Estaba leyendo el otro día un artículo donde incluso en niñas y adolescentes, Guanajuato estaba como en tercer lugar de personas desaparecidas en ese rango de edades. Entonces yo no considero que eso sea proteger la vida, cuando niños, niñas y jóvenes están siendo desaparecidos. Cuando en feminicidios ya estamos muy arriba del número, cuando se criminaliza las mujeres y ya en casos de mujeres que están encarceladas por ejercer su derecho, por algún aborto incluso no consciente. Entonces definitivamente es un doble discurso porque no están haciendo políticas públicas para defender la vida de las personas, y ya si nos vamos a la cuestión de las mujeres, pues los feminicidios, la violencia de género, toda esta cuestión machista que se vive en el estado, eso no creo que sea protección a la vida. Es un doble discurso y aparte pues muy sin fundamentos (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Para las organizaciones feministas de la entidad que han buscado se establezca la alerta de género debido al aumento de casos de violencia hacia las mujeres y que tienen en su experiencia el trabajo con mujeres encarceladas por aborto, la búsqueda del gobierno estatal de la protección de la vida es un argumento para restringir la libertad de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos.

Como se mencionaba antes, los intereses de los grupos conservadores por mantener cierto control sobre el campo de la reproducción, en una época en la que los principios religiosos carecen de la legitimidad pública que gozaban en décadas anteriores cuando la Iglesia era el árbitro principal de la sexualidad, los han llevado a mudar a un discurso con mayor aceptación social, como lo es el científico, aun cuando no existan pruebas científicas que sostengan sus aseveraciones. De ahí la importancia de analizar las diferencias en la forma en que la fracción del PAN en

el Congreso local y las organizaciones por los derechos de las mujeres utilizan los argumentos científicos y jurídicos en sus discursos.

Los diputados y diputadas del PAN recurren al discurso biomédico para sostener que desde la fecundación existe una nueva vida humana, independiente del organismo de la mujer:

La ciencia médica ha demostrado que en un óvulo fecundado hay una nueva vida humana, pues nada sucede a lo largo de la gestación que modifique o complemente su esencia.

El genoma humano demuestra que la niña o el niño concebidos son seres humanos diferentes de la madre no meros apéndices (*Diario de los debates*, 2009a).

El uso de argumentos médicos como prueba del supuesto carácter irrefutable de una idea es un recurso muy utilizado en nuestra sociedad. Para Michel Foucault (1992: 11-12), a partir del siglo XIX la teoría del derecho dejó de funcionar como justificación de la norma; ahora la ley no está imbuida de la suficiente autoridad para que por sí misma tenga validez. Requiere de un “discurso de verdad”, principalmente médico. Foucault afirma que es precisamente la “voluntad de verdad” el “sistema de exclusión” del discurso predominante en la actualidad, por encima de “la palabra prohibida” y la “separación de la locura”, que tuvieron mayor auge en el pasado. El “discurso de verdad” de rostro imparcial, universal y objetivo, esconde su anhelo de poder.

En Guanajuato, la fracción del PAN ocultó su intención política detrás de un discurso especializado, aparentemente indiscutible e imparcial. La legitimidad del discurso médico, que tiene una autoridad reconocida por la sociedad sobre la vida y la muerte, aparece como un argumento sólido para sostener que la vida comienza desde el momento de la concepción y no a partir del nacimiento. El lenguaje científico distrae la atención del hecho de que esta cuestión ha pertenecido a la esfera de la filosofía y la moral, más que al orden de la ciencia. Sin embargo, para los detractores de la maternidad elegida, la aceptación del enfoque científico tiene límites: cuando los avances en materia de reproducción asistida y métodos anticonceptivos permiten un mayor control de las mujeres sobre su propia sexualidad; cuando se busca la impartición de una educación sexual laica y con bases científicas en las instituciones educativas.

Este “otro discurso científico” nutre los argumentos de los grupos feministas en su búsqueda por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Mientras que los grupos conservadores buscan la protección de la vida en abstracto, las organizaciones por los derechos de las mujeres privilegian un abordaje de la vida desde la dignidad. Se pone el acento en “otra vida”: la de mujeres que quieren mejores condiciones para ellas mismas o sus familias, que tienen embara-

zos productos de violación, que corren el riesgo de morir por abortos practicados en condiciones insalubres. La organización sin fines de lucro Ipas (International Pregnancy Advisory Services) que busca disminuir el aborto inseguro en el mundo, afirma en un cuaderno de divulgación que: “los estudios científicos muestran que, cuando se utilizan correctamente, los métodos médicos para inducir el aborto en las etapas iniciales del embarazo, son seguros y eficaces” (Ipas, 2010: 21). El uso de argumentos médicos para la despenalización del aborto por parte de feministas, se enfoca en la seguridad, en la salud y en la disminución de costos que trae consigo el aborto seguro.

Es necesario alertar sobre los riesgos de utilizar la ciencia para discernir el bien y el mal, cariz que toma en muchas ocasiones el debate público en torno a la vida, como sostiene María Luisa Pfeiffer (2014):

Sin embargo, no es la ciencia la que puede decidir el bien y el mal, ni para el individuo ni para la sociedad. La clave entonces, para permitirnos reconstruir la ética y la política, es, como propone Derridá, trazar nuevas vías, otra escritura para deconstruir y reconstruir el *bios*, buscando evitar las ficciones tanto iluministas como científicas, y ello pasa por re-unir *bios* con cuerpo, no el cuerpo de la biología, no el de la “vida natural”, sino el cuerpo donde la vida humana potencia se hace acto (p. 70).

La importancia del control de los significados en el campo de la protección de la vida para los grupos feministas, puede entenderse desde dos perspectivas. En primer lugar, al establecer que el ser humano es sujeto de derecho desde el momento de la concepción, los derechos de las mujeres se encuentran supeditados a los del otro ser, por lo que en el embarazo no cuentan con la libertad de decidir sobre sus cuerpos, sino que adquieren la responsabilidad de proteger la vida del nuevo ser humano, de garantizar la reproducción. En última instancia, la penalización del aborto representa el control máximo de la sexualidad femenina, ya que como lo señala Marcela Lagarde (2014), las instituciones no han separado el erotismo de la maternidad, por lo que se regulan ambas: “ellas no pueden decidir sobre su maternidad ya que ésta sólo puede ocurrir bajo ciertas normas, relaciones y condiciones” (p. 758). Por lo tanto, quien establece en las leyes su definición de la vida, tiene el poder de señalar las prácticas que serán perseguidas, criminalizadas.

En segundo lugar, el discurso y su control es sumamente significativo para la dominación en el ámbito de lo simbólico. Es a través del discurso que se define el “marco de lo visible” a la vez que “se construye”, en este caso la sexualidad y la reproducción, “se otorga significado” y “se expresa el imaginario”, afirma Julia Tuñón (2008: 24). El discurso jurídico, si bien no es el único, sí influye de manera importante en la noción que una sociedad tiene sobre la maternidad elegida, por ejemplo. Dado que la norma rechaza la interrupción de un embarazo, una ley que

además se sostiene con argumentos aparentemente científicos, se mantiene en la sociedad la idea de que la maternidad es una etapa inevitable en la vida de una mujer, que es la naturaleza de las mujeres, y que aquellas que se practican un aborto no solo son imputables, sino que son malas mujeres.

La reforma a la constitución de Guanajuato en 2009 representó la primera de varias confrontaciones entre instituciones estatales y grupos feministas en torno a sexualidad, mismas que se mantienen vigentes. En el terreno material, las organizaciones buscan un marco jurídico que garanticen a las mujeres sus derechos sexuales y reproductivos, así como el pleno acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En el plano de lo simbólico se busca eliminar el estigma que todavía impera sobre las mujeres que deciden sobre su cuerpo y su sexualidad. Resulta pertinente para el caso de Guanajuato lo que afirma Joel Migdal (2011) sobre la relación entre Estado y sociedad, una interacción que se aleja de los planteamientos liberales de una negociación que se lleva a cabo bajo reglas de juego aceptadas con unanimidad, y que se acerca a una abierta disputa:

No se trata de simples escenarios políticos en los cuales distintos grupos procuren conformar la política pública. Además de la disputa por la política gubernamental, se producen luchas y acuerdos acerca del orden moral básico y de la estructura misma en la cual debería determinarse lo que es correcto y lo que es incorrecto del comportamiento social cotidiano (p. 139).

Si partiéramos de un análisis enfocado en un Estado que tiene el control tanto de la fuerza, como de los recursos e incluso de las voluntades sociales, a tal grado que Estado y sociedad llegaran a “jalar en una misma dirección” en palabras de Migdal (p. 125), no seríamos capaces de comprender las particularidades de la situación de la salud sexual y reproductiva en Guanajuato. Lo cierto es que, frente a un Estado que intenta con sus diversos recursos imponer una visión conservadora de la sexualidad de las mujeres, algunas organizaciones realizan esfuerzos por mantener un debate público en la materia desde un enfoque de derechos.

Los derechos sexuales y reproductivos en disputa

Las organizaciones feministas de la entidad aseguran que en Guanajuato falta mucho para que los derechos sexuales y reproductivos se garanticen. Incluso los programas de anticoncepción, de prevención del embarazo adolescente y de enfermedades de transmisión sexual, carecen de un enfoque de la salud sexual y reproductiva que conciba la sexualidad como un ámbito de decisión de las mujeres.

Connie Flores, de REDedefine, considera que la ausencia de los derechos sexuales y reproductivos en el estado va más allá de la falta de normas al respecto:

No es prioridad, no quieren ver el tema, no quieren ver las necesidades, este, pesa más como te decía, lo que piensan a nivel personal, y su ideología, que ver las cosas como problemas de salud pública. Entonces como decía Liber, hay mujeres encarceladas por aborto incluso que fueron espontáneos, y algunos casos han sido visibilizados incluso a nivel internacional. Entonces, este, pues creo que no podemos hablar de una garantía de derechos sexuales y reproductivos cuando no tenemos ni siquiera condones en los centros de salud, ni femeninos ni masculinos. Ni cuando no tenemos abasto de otros métodos. No podemos, este, hablar de derechos sexuales y reproductivos cuando no está legalizado el matrimonio igualitario. No podemos de derechos reproductivos cuando no se permite o no se da el derecho a decidir de las mujeres. Entonces creo que estamos muy, muy bajo, muy del nabo (risas) en materia de derechos sexuales y reproductivos y pues digo, ni los difunden (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Para las organizaciones civiles que buscan incorporar el tema de los derechos sexuales y reproductivos a la agenda pública, hacer esto ha representado todo un desafío. En primer lugar, porque en el Congreso existe una severa resistencia a permitir mayores libertades en materia de sexualidad. En segundo, porque las instituciones de salud y los institutos de las mujeres no cuentan con materiales que permitan a la sociedad tener acceso a métodos anticonceptivos de manera libre y gratuita. Así, los derechos sexuales y reproductivos fueron una presión del exterior que las instituciones políticas en Guanajuato, fieles a sus convicciones morales, intentan invisibilizar a partir de normas jurídicas inexistentes, de la persecución y el estigma, del desabasto y la inaccesibilidad.

Katherin Córdoba, de la CJDHM, considera que la educación sexual es uno de los espacios de mayor control de la sexualidad por parte de las instituciones educativas tanto públicas como privadas, a pesar de los elevados índices de embarazos en adolescentes. La falta de acceso a una información sobre sexualidad y reproducción con enfoque de derechos contribuye de manera importante en que no exista un debate abierto sobre derechos sexuales y reproductivos

Yo creo que se ha minimizado [el tema de los derechos sexuales y reproductivos] y no solo en el gobierno del estado; yo creo que se ha minimizado en todos los niveles de gobierno. Este, pues vimos un retroceso desde los libros de la SEP al quitar los temas de sexualidad de los libros en lugar de proponer una sexualidad más abierta. O sea, los niveles de embarazo en la adolescencia son altísimos, ¿no? Entonces el nivel de deserción, el nivel de riesgos para la salud de estas chicas que deciden ser madres tan jóvenes pues está altísimo. Entonces nosotras decimos pues lo que debería de haber es una educación sexual libre y abierta en las escuelas públicas y privadas, porque pues en realidad las escuelas privadas no están exentas de tener chicas que

se embarazan, ni chicos que embarazan chicas. Entonces creo que sacar esos temas también los saca de la agenda pública (Comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

La sexualidad de los adolescentes se encuentra en medio de una disputa particular. Con el supuesto objetivo de evitar darles ideas a los jóvenes, de no incentivarlos a iniciar una vida sexual a corta edad o promover las relaciones sexuales antes del matrimonio, los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes no se encuentran protegidos por leyes enfocadas a este sector de la población, e incluso se enfrentan a más obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos. Sobre las campañas gubernamentales que buscan fomentar el uso de métodos anticonceptivos sostiene Libertad Martínez de REDefine que

De repente las pocas campañas que pueden salir sobre derechos, por ejemplo, sobre métodos anticonceptivos, normalmente sí, se puede considerar a la mujer, pero ni siquiera se considera una mujer joven, se considera una mujer que ya tuvo hijos, o sea, hacen algunas campañas sobre vasectomías, se enfocan en mujeres grandes, se enfocan en parejas casadas, en parejas con hijos. Llegas, últimamente que hemos estado visitando los centros de salud, llegas y te encuentras información que no está disponible para una mujer ordinaria, para mujer joven, para una adolescente. Entonces ni siquiera la información que sale es lineal o completa. Es a medias, entonces creo que eso es muy lamentable porque de ahí se deslindan otras cosas: los embarazos en adolescentes, este, la reprimenda que se le da a los derechos sexuales, al placer sexual con responsabilidad, todo esto. Entonces, ni siquiera desde mi perspectiva esa información va dirigida a un grupo en particular y pues con eso no están cubriendo a la población en general (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Desde las organizaciones civiles se ha criticado que los esfuerzos de las instituciones de salud pública se enfoquen en personas casadas, heterosexuales, con al menos un hijo, es decir, el objetivo parece ser disminuir el número de hijos y no apoyar a que tanto hombres como mujeres puedan ejercer una sexualidad responsable y segura enfocada al placer y no solo a la reproducción. Incluso cuando los jóvenes acuden por su cuenta a los centros de salud, los médicos no les facilitan los métodos, sino que les recomiendan mantenerse en abstinencia

Ahora que estuvimos en las entrevistas en los centros de salud, tienes que pasar con el médico, te va a asesorar, nos decían y yo me acordaba del caso de la chica que dice: “es que entré con el doctor para pedirle la píldora de emergencia y me dijo que estoy muy chica, que no puedo tener acceso a ella y que el mejor método que existía era no abrir las piernas” (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Sin embargo, la resistencia de los gobiernos municipales y estatal a discutir abiertamente la sexualidad de los jóvenes se ha enfrentado con una problemática que en la entidad ha alcanzado niveles preocupantes: el aumento de embarazos en adolescentes, que se estima en 400 000 embarazos cada año en el país, de los cuales 16 28 se presentaron en Guanajuato durante 2015. Aunque las tasas de fecundidad en las adolescentes guanajuatenses han mostrado un descenso sostenido en los últimos 30 años, esto se debe más a la disminución del número de embarazos en general, que a un cambio en el comportamiento de los jóvenes.

La importancia de la discusión pública de los embarazos en adolescentes puede entenderse si consideramos las consecuencias que estos traen consigo. El convertirse en madres a una temprana edad reduce las oportunidades de las jóvenes principalmente, de continuar con sus estudios; una vez que conocen que se encuentran embarazadas, un alto porcentaje de las jóvenes que seguían estudiando abandonan la escuela;² muchos adolescentes además se ven forzados a contraer matrimonio aunque no estuviera en su proyecto de vida, de manera que pasar por una maternidad no elegida y en esta etapa de su desarrollo limita experiencias fundamentales para su crecimiento, y dificulta el alcance de metas profesionales. Aunado a esto, su salud se ve peligrosamente comprometida, debido a que las mujeres jóvenes son las más propensas a padecer complicaciones durante el embarazo y el parto, y en estados con una legislación restrictiva en torno al aborto como Guanajuato, se ven obligadas a someterse a prácticas clandestinas que ponen en riesgo sus vidas. Se estima que 15% de las adolescentes embarazadas se realiza un aborto (Redacción Aristegui Noticias, 2016).

Este fenómeno, al igual que todos los problemas de la esfera de la sexualidad y la reproducción, como pudimos observar en el capítulo anterior, presenta diferencias significativas en función del nivel socioeconómico de los adolescentes. Claudio Stern y Catherine Menkes (2008: 386-387) encontraron que mientras las adolescentes de estratos altos sienten mayor presión para continuar sus estudios más allá de la educación básica, lo que pospone la edad para la maternidad, sus homólogas de estratos bajos enfrentan una falta de oportunidades tanto educativas como laborales que las lleva a vivir una maternidad temprana. Aunque los autores consideran como otra razón importante que en los estratos bajos existe una mayor “valoración de la maternidad como proyecto de vida”, los hallazgos presentados en el capítulo anterior pueden cuestionar este argumento, al menos entre las mujeres de Arroyo de Aldana, para quienes, en su mayoría, consideraban que para que la calidad de sus hijas mejorara, era necesario posponer la maternidad. Si bien la tasa de fecundi-

² Se hace énfasis en “las jóvenes que seguían estudiando”, debido a que, como Claudio Stern y Catherine Menkes (2008) afirman, la mayoría de mujeres adolescentes abandonaron la escuela antes de embarazarse.

dad en adolescentes de la entidad ha disminuido (Tabla 13), los embarazos a temprana edad se mantienen como un problema de salud pública importante. Entre las soluciones posibles a este, Stern y Menkes (2008) proponen mejorar la educación sexual, el “acceso a consejería y a métodos anticonceptivos de todos los estratos” y aumentar la matrícula a los niveles de educación media y superior, como una forma de disminuir el número de embarazos.

Tabla 16

Tasas específicas de fecundidad por edad y periodos quinquenales en el estado de Guanajuato (tasas por 1 000 mujeres)

Grupos de edad	Quinquenios					
	1997-1993	1992-1988	1987-1983	1982-1978	1977-1973	1972-1967
15-19	68	68	97	99	109	104
20-24	148	203	216	237	287	251
25-29	159	176	244	269	319	0
30-34	112	161	195	218	0	0
35-39	73	104	154	0	0	0
40-44	27	53	0	0	0	0
45-49	8	0	0	0	0	0
TGF	2.98	3.83	4.84			

Fuente: Weliti Chanes (2001: 34).

El problema de los embarazos en adolescentes trajo para el estado de Guanajuato y sus gobiernos municipales una disyuntiva: era necesario diseñar estrategias para reducir los casos de embarazos entre los jóvenes, sin duda, aunque significara la apertura a discutir en los espacios públicos temas de sexualidad, lo cual se había enfrentado a resistencias anteriormente. ¿Los elevados índices de embarazos en adolescentes motivaron la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos a la agenda pública? Las organizaciones civiles no lo consideran así, como puede observarse en este extracto de la entrevista con las integrantes de REDefine:

Hablan de... Para empezar, no está considerado, tampoco está en la agenda, los embarazos en adolescentes. Se habla... He visto últimamente mucha campaña sobre prevención de embarazos en adolescentes. O sea, campaña me refiero, he visto muchos espectaculares a lo largo de la ciudad, en los centros comerciales, pero creo que ni siquiera es una campaña estatal, es una campaña federal y más de ahí no entra el estado. Y bueno, nos hemos encontrado por ejemplo cuando estuvimos platicando en el instituto de la juventud y en el de las mujeres que tienen ellos dicen que tienen sus programas, ¿no? Sus programas para abordar el tema en las escuelas, pero

no pasan de tallercitos a medias [risas] digo a medias porque ni siquiera tienen la herramienta necesaria para llevar. Tan solo en la misma institución... Normalmente he sabido que llegan nada más a algunos grupos, no a otros, regularmente a las mismas zonas, ni siquiera se están desplazando más en la ciudad entonces creo que no se está abordando, creo que ponen estos programas a medias como para justificar y decir que se está haciendo algo, pero pues no los ves a fondo, ni siquiera están completos, ni siquiera son programas completos o efectivos. Creo que es incluso dinero que, mal invertido si no se hace completo (L. Martínez, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

En este sentido, Connie sostiene que incluso las campañas dirigidas a los jóvenes, sector al que se ha puesto mayor atención, no están diseñados de manera integral, se quedan en la prevención o el objetivo de las estrategias no se respeta en la acción:

Hay una campaña de espectaculares que efectivamente son a nivel federal por la estrategia nacional contra la prevención de los embarazos adolescentes, pero no es estatal. Entonces este, esos programas que dice Liber son a nivel municipal y que efectivamente son un *checklist*, ¿no? Estamos haciendo algo. Incluso ambas fuimos a averiguar sobre esos programas y creo que nada más tenían cinco muñecos virtuales. Entonces imagínate, para una población de León de un millón y medio, donde el 40% son jóvenes, jóvenes, entonces este, súper carente y este creo que el enfoque, aparte de que no tienen herramientas, creo que el enfoque no es el adecuado, ¿no? Porque lo ven como desde una onda muy divertida, ¿no? Así como de: “ay llévate al muñeco y tienes un chiquillo”, ¿no?

Entonces lejos de reflexionar sobre este, el problema que se refiere tanto social, económico y público de salud, pues no le queda a los chicos y a las chicas, sino nada más como la aventura de tener un hijo por un fin de semana. Entonces la verdad es que estos últimos meses hemos estado del chongo y yo creo que se va... Estamos trazando una estrategia para visibilizarlo más porque efectivamente no están haciendo nada. O sea desde a nivel federal nos dicen que todos los estados tienen que tener un grupo estatal para la prevención de los embarazos y en Guanajuato no se ha instalado, ya hemos preguntado, por parte de acceso a la información pública y nos han contestado porque es porque no encuentran entre comillas, a las personas adecuadas para formar parte de ese grupo. Entonces esa estrategia salió en enero de 2015, estamos en abril de 2016 y Guanajuato bien gracias. Entonces este, pues ya nos hemos acercado, te digo, con diputados, con diputadas. Están como que “sí vamos a hacer algo, vamos a hacer un exhorto a gobierno del estado”, pero como es del mismo partido pues no se ha hecho nada, ¿no? Y donde nos han limitado de que pues “sí, va a ser, sí podemos trabajar pero que sea solamente prevención de embarazos, o sea no podemos trabajar nada de más derechos sexuales y reproductivos porque si no, este, pues se va a quedar

estancado, no va a haber apoyo de nuestro grupo parlamentario”. Entonces en todo caso, no están haciendo nada o sea, no hay métodos anticonceptivos, no hay métodos anticonceptivos suficientes, no hay educación sexual integral en las escuelas, no hay programas suficientes y lo peor, y lo más grave es que ni siquiera está en la agenda, ¿no?, porque se dice, así como de los discursos: “no, que estamos trabajando en la prevención”, es bandera de muchos políticos, políticas, pero la verdad es que nadie hace nada, entonces es como que sí vemos el problema pero no lo reconocemos y no lo ponemos en la agenda, ¿no? Y no le damos presupuesto, entonces pues tú sabes que algo que no tiene presupuesto pues obviamente no se va a poder lograr (Comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Las organizaciones consideran que, a pesar de que el problema ha alcanzado grandes dimensiones en la entidad, por lo que se requiere de la suma de estrategias de los tres órdenes de gobierno, las acciones implementadas por las administraciones municipales y la estatal carecen de planeación y de presupuesto. Por un lado, no existe una coordinación entre los institutos de salud pública, de la juventud y de la mujer, de ahí que los tres realicen por su cuenta las mismas actividades. Por otro, como mencionan las integrantes de REDefine, dichos institutos no cuentan con el presupuesto necesario para atender a toda la población adolescente, lo que genera que los talleres que imparten en las escuelas no estén acompañados de materiales que refuercen el mensaje, como métodos anticonceptivos o los “bebés virtuales”, muñecos que se utilizan para concientizar a los jóvenes de las responsabilidades que trae consigo el cuidado de un hijo. Al respecto, cabe señalar que en la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2016 no se incluye ningún programa enfocado a este problema, por lo que la prevención de embarazos en adolescentes no cuenta con recursos estatales etiquetados dirigidos específicamente para este objetivo. Sin embargo, sí fueron aprobados 125 000.00 pesos para llevar a cabo “4 seminarios para establecer acciones que permitan la prevención y disminución del embarazo en las adolescentes del estado de Guanajuato (Gobierno de la República, 2016: 17).

De la postura de la administración estatal y las municipales resalta su reticencia a trabajar en conjunto con las organizaciones feministas. Por ejemplo, REDefine trabaja desde su fundación tres ejes principales, entre los que se encuentra el embarazo adolescente. REDefine Guanajuato incluso desarrolló un *dossier* con recomendaciones, el cual no se ha considerado para las acciones del gobierno enfocadas a esta problemática. Tampoco se ha tomado en cuenta para el establecimiento del Grupo Estatal para la Prevención de los Embarazos (GEPEA) en la entidad. Al cierre de esta investigación, dicho organismo no se había instalado en Guanajuato debido a la falta de las “personas adecuadas”, cuando 16 entidades ya establecieron sus respectivos grupos: Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango,

Estado de México, Jalisco, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas.

Por otra parte, es posible observar que es más factible actuar en torno a la prevención de embarazos que garantizar los derechos sexuales y reproductivos en general, a pesar de que el ejercicio de una sexualidad planeada, informada y con acceso a métodos anticonceptivos pertenece a esta esfera de derechos. Debido a que posponer la edad de inicio de la vida sexual no representa una amenaza a la visión de la maternidad como función natural y obligatoria en la vida de las mujeres, las estrategias gubernamentales no les dicen a las adolescentes que no sean madres, sino que esperen para serlo. De tal manera que existe una jerarquía de los derechos sexuales y reproductivos, en función de la factibilidad para ser reconocidos, según cuanto se aleja o mantiene la visión predominante, heterosexual y enfocada a la reproducción, que se mantiene en la entidad. Así, es posible realizar acciones para la prevención de embarazos, pero no se discute la interrupción del embarazo, por lo que hablar del respeto de los derechos sexuales y reproductivos en general, no es posible en Guanajuato. Sin embargo, esto no es exclusivamente una cuestión de partidos políticos.

En octubre de 2013 la fracción del PAN de la LXII Legislatura presentó una iniciativa de “Ley para la Juventud del Estado de Guanajuato”, la cual consideraba en la exposición de motivos, el respeto de los derechos de las y los jóvenes, incluido el derecho “a la asistencia social, en todos sus aspectos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos” (Grupo Parlamentario del PAN, 2013: 3). Los artículos propuestos por el PAN incorporaban el tema de los derechos sexuales y reproductivos, tal es el caso del artículo 6 referente que contemplaba dentro de los derechos inherentes de los jóvenes:

“IV. La preferencia sexual y ejercicio responsable de la sexualidad, de modo de que la práctica de ella contribuya a la seguridad de cada joven y a su identidad y realización personal, evitando cualquier tipo de marginación y condena social por razón de su vida sexual” (pp. 7-8).

Se consideró también el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes con discapacidad (artículo 7) y la salud sexual (artículo 16). La sección novena trataba sobre el “Derecho a la asistencia, derechos sexuales y reproductivos”, en la que el artículo 17 tocaba el tema de la prevención del embarazo adolescente, y el 18 el derecho a decidir de los jóvenes sobre sus cuerpos y su sexualidad

Artículo 18. Los jóvenes tienen derecho a decidir de forma libre y responsable sobre su cuerpo y sexualidad, así como a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual y a recibir información completa, científica y laica sobre sexualidad. Tendrán acceso a

los servicios de salud sexual y salud reproductiva, así como el derecho a decidir, de manera consciente y plenamente informada, el momento y el número de hijos que deseen tener.

Los programas que para tal efecto se emitan, deberán incluir lineamientos y acciones que permitan generar y divulgar información referente a temáticas de salud reproductiva, ejercicio responsable de la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, educación sexual, embarazo en adolescentes, maternidad y paternidad, entre otros (p. 16).

Sin embargo, cuando en septiembre de 2014 se discutió en el Congreso del Estado la iniciativa de ley, la organización “Sumando Vida” acusó al presidente de la Comisión de Juventud y Deporte, el diputado Daniel Campos Lango de proabortista, y exigió se eliminara el artículo 18 por fomentar que los jóvenes abortaran, a pesar de que la iniciativa no hacía mención al aborto en ningún artículo. Los diputados accedieron eliminar el artículo y realizar modificaciones a otros, para evitar confusiones: “Si se le estaba dando esa interpretación, en ningún momento fue esa la intención. Por eso, lo que cause ruido mejor quitarlo porque esa no es nuestra intención” (Hernández, 2014a).

Días después, Campos Lango se retractó de eliminar el artículo, luego de aclarar que este hace referencia a la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. El diputado del PRI, Roberto Vallejo Rábago, criticó al diputado del PAN por legislar para grupos de presión de su propio partido (Hernández, 2014b). El 16 de diciembre de 2014 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato la Ley para la Juventud del Estado de Guanajuato en la que, en la sección octava, artículos 15 y 16, se mantuvo el “derecho a la asistencia social, derechos sexuales y reproductivos” y el “derecho a decidir de forma libre y responsable”.

Meses después, se publicó, la reforma a

los artículos 2, fracción VIII; 5; 6; 7; 8; la denominación de la Sección Cuarta del Capítulo III; 12; 14; la denominación de la Sección Octava del Capítulo III; 15; 16; 34; 44, fracción IV y 45, fracción I; y se deroga el segundo párrafo del artículo 1” (*Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*, 2015).

Con estas modificaciones se eliminaron de la ley los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a decidir, así como el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes con discapacidad y el ejercicio de la sexualidad como derecho inherente de los jóvenes. Los únicos aspectos sobre derechos sexuales y reproductivos que se mantienen en la Ley para la Juventud del Estado de Guanajuato, es lo que concierne al acceso a la información sexual como un derecho (artículo 16) y como un deber con el

Estado, la familia y la sociedad (artículo 44). La iniciativa de reforma y derogación presentada por los diputados y diputadas del PAN, misma fracción parlamentaria que propuso la ley original, justifica las modificaciones, argumentando que es responsabilidad del Estado proveer de normas que garanticen derechos a los jóvenes, “en aras de construir un mejor sistema que propicie su desarrollo social y humano” (Congreso del Estado de Guanajuato, 2015). Además, se cambió la edad para definir a los jóvenes de 18 a los 29 años cumplidos, en lugar de los 12 a los 29 años de edad, que se establecía en la ley antes de las reformas.

El proceso de la Ley para la Juventud del Estado de Guanajuato desde la presentación de la iniciativa, hasta la publicación de las reformas de marzo de 2015, permite darnos cuenta de la resistencia a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, a incorporar en el marco jurídico todo lo que pueda traer consigo un ejercicio más libre de la sexualidad, y a obligar a las instituciones del Estado a proveer de los recursos y la información para que esto se lleve a cabo. Permite observar también lo complicado de comprender la postura del gobierno ante este tema, ya que no puede asumirse en automático que se debe a que el partido que ha gobernado el estado desde 1991 es el PAN y es un partido de corte conservador; este mismo partido pudo presentar una iniciativa que incorporaba el derecho a decidir y practicar la sexualidad de manera libre y responsable, y a la vez retroceder a eliminar esos derechos. Finalmente podemos ver que en la discusión de la salud sexual y reproductiva no participa toda la sociedad de manera equitativa

Pues fíjate que de eso [en el debate de la ley] participamos de una forma muy limitada porque este, no había como mucha información. Entonces este, salió en la página, creo que no hubo consulta ciudadana, este, o no sé cómo estuvo. El chiste es que nada más nosotros mandamos una recomendación, pero pues obviamente que no, no lo consideraron y pues veíamos por los medios de comunicación que estaba estancada la reforma porque no se ponían de acuerdo en ese tema, ¿no? Entonces creo que lo único que añadieron fue así como de los métodos para evitar los embarazos, y eso porque viene una línea a nivel nacional. Pero realmente se ha quedado ahí. Lo poquito que pusieron en la ley pues quedó muerta, ¿no? Como muchas otras (C. Flores, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

En la discusión de una posible ley para garantizar a los adolescentes de Guanajuato el acceso a una sexualidad libre, informada, segura y responsable, la postura de las organizaciones feministas no es tomada en cuenta, con dificultad se les informa de lo que está ocurriendo; sin embargo, los grupos que comparten los mismos valores que los integrantes del gobierno o que los diputados, influyen de manera tal que pueden eliminar todo contenido que pueda prestarse a malinterpretaciones.

Contrario a lo que pueda indicarnos la poca disposición de las instituciones de gobierno, de incluir a las organizaciones en la discusión institucional sobre derechos sexuales y reproductivos, la necesidad del trabajo de estas organizaciones por los derechos de las mujeres no es menor. Por el contrario, en un escenario de desabasto de materiales, de estigmatización y rechazo de las garantías, su presencia se ha vuelto indispensable para muchas mujeres.

El papel de las organizaciones sociales pro-derechos sexuales y reproductivos en la resignificación de la sexualidad

Ya lo afirmaba Joel Migdal (2011):

ni el Estado ni ninguna otra fuerza social establece una hegemonía global; la dominación por parte de cualquier fuerza social se lleva a cabo en un escenario o hasta en un número limitado de escenarios, pero no abarca a la sociedad en su conjunto (p. 171).

El control de los recursos, del uso de la fuerza o del orden moral; es decir, el dominio sobre el campo material y el simbólico, se encuentra en una constante tensión que hace imposible sostener que el Estado tiene completa autoridad sobre la vida de las personas. En el caso que nos atañe, las instituciones estatales, a pesar de imponer una visión restrictiva de la reproducción y la sexual en el marco normativo, de restringir el presupuesto dedicado para la salud sexual y reproductiva y de establecer los límites de la educación sexual que se imparte en las escuelas públicas, no tiene control absoluto de la sexualidad y la reproducción en Guanajuato. Cuando los gobiernos buscan alejar estos temas del debate público, diversas organizaciones los acercan a la población. En el estado de Guanajuato en general, y en los municipios con sus particularidades, el tema de la salud sexual y reproductiva se encuentra en un contante estira y afloja.

La labor de las organizaciones de mujeres en la entidad puede clasificarse en dos áreas que concentran sus esfuerzos y sus recursos: una enfocada al Estado, a obligarlo a reconocer los derechos de las mujeres, a acatar las normas internacionales que el país ha firmado, a generar acciones, estrategias para atender problemáticas; otra enfocada a la sociedad en general y a las mujeres en concreto, que busca acercar la información, los materiales y los servicios que las instituciones públicas no les proveen, y promover el conocimiento de sus derechos. Podemos afirmar que aunado a la transformación cultural que trae consigo una mayor apertura a las concepciones predominantes de la sexualidad, como señalábamos en el capítulo anterior, el trabajo de las organizaciones de mujeres tiene el potencial de hacer frente y modificar en la práctica la visión hegemónica de la sexualidad promovida por las instituciones religiosas y de gobierno en Guanajuato.

A partir de estas dos áreas analizaremos las prácticas de dos organizaciones feministas que buscan el reconocimiento de los derechos de las mujeres en la entidad, una con sede en la capital y otra en León. De esta manera buscamos observar los escenarios de disputa y resistencia entre dichos grupos y las instituciones estatales.

Clínica Jurídica de Derechos Humanos de las Mujeres (CJDHM). En un contexto de aumento en la violencia contra las mujeres que movilizó a diversas organizaciones, entre ellas Las Libres para exigir la declaratoria de alerta por violencia de género, dicha organización crea en 2014 una célula nueva compuesta por estudiantes de la Licenciatura en Derecho de la Universidad de Guanajuato con la finalidad de que aprendieran y llevaran a cabo un litigio con perspectiva de género, algo que no se imparte regularmente en dicha institución educativa. Para Las Libres se trata de su enlace jurídico entre las mujeres y las instituciones judiciales de la entidad

Nosotras pertenecemos a Las Libres, somos el enlace jurídico de Las Libres. Las Libres tienen más de 15 años trabajando derechos reproductivos y sexuales de las mujeres aquí en Guanajuato y recién hace un año decidieron formar esta clínica que tenía como objetivo, tiene como objetivo, que estudiantes de la Licenciatura en Derecho, que estábamos interesadas en los derechos de las mujeres, aprendiéramos a litigar de manera distinta, es decir, un litigio con perspectiva de género y que hiciéramos como un efecto real en los casos de las mujeres que acompañábamos. Y desde hace un año, este, somos diferentes estudiantes que a veces unas llegan por tres meses, algunas llegan por más tiempo. Este, hemos tomado cursos y capacitaciones y talleres con el fin de salirnos de este modelo de la Universidad, que es cuadrado y que es los derechos, así como dice la ley y todo [sic], para buscar hacer un litigio diferente, desde el acompañamiento, desde las necesidades de las mujeres, y desde que las mujeres estén empoderadas en su proceso jurídico, y que entiendan y decidan hasta dónde y cómo quieren llegar al acceso a la justicia. Entonces desde esa parte es de donde hemos trabajado (K. Córdoba, comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

Tanto para la Universidad de Guanajuato como para los funcionarios del sistema judicial, el litigio con perspectiva de género no está muy extendido, de ahí que la mayoría de las mujeres que atraviesan por un proceso jurídico se encuentran con instituciones que normalizan la violencia que viven las mujeres al interior de la familia, que se muestran reticentes a afirmar que un crimen debe considerarse como violencia de género, que considera que ciertas acciones, conductas y vestimentas son las responsables del acoso o de la violación. De ahí que el principal reto para las integrantes de la Clínica fuera el que los jueces y demás personal de las instancias procuradoras de justicia aceptaran actualizarse en perspectiva de género y decidiera incorporar los derechos de las mujeres a los juicios.

Los integrantes de la CJDHM parten de la convicción de que el Estado tiene una responsabilidad inherente de garantizar derechos básicos como la salud o el bienestar en general. De tal manera que las acciones de esta organización para con las instituciones estatales, es principalmente exhortarlas a cumplir con sus funciones, emitir recomendaciones para mejores acciones y monitorear que efectivamente respondan a sus responsabilidades:

Parte de esta clínica es regresarle la responsabilidad al Estado, de que es al Estado al que le corresponde hacerse cargo de la salud y de la integridad de las mujeres, entonces es al Estado al que le corresponde brindar esta atención de calidad y nosotras lo único que vamos a hacer, es hacer que hagan su trabajo y las vamos a acompañar para cuando ellos no hagan su trabajo, nosotras presionar para que hagan su trabajo (*ídem*).

El trabajo de la organización es como grupo de presión, pero siempre con la intención de realizar acciones en conjunto, aunado a la legitimidad que le confiere a Las Libres su trayectoria de más de 15 años y su exposición hacia el extranjero, con casos que atrajeron la atención y motivaron la creación del documental “Las Libres. La historia después de...” (Montaña, 2014). Expuesta en diversas ciudades del mundo, la cinta le ha permitido tener mayor incidencia en las decisiones de gobierno respecto de temas de género, que la que han tenido otras organizaciones. Como ejemplo podemos considerar la petición de alerta de género promovida por Las Libres y fortalecida por múltiples organizaciones y el grueso de la sociedad guanajuatense. Gracias a esto se logró que el gobierno se comprometiera a aplicar las trece recomendaciones del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y diseñar políticas públicas para atender el problema en la entidad (Feregrino, 2016). Las instituciones de gobierno han aceptado incluso trabajar de manera conjunta con la organización, como menciona Katherin:

ha habido acercamiento con algunas personas del gobierno a decir: “ok cómo le hacemos. Está claro que no sabemos cómo, entonces ustedes díganos cómo le podemos hacer” (K. Córdoba, comunicación personal, 25 de noviembre de 2015).

En lo que respecta a la CJDHM, las principales actividades que desempeñan se orientan al trabajo directo con mujeres de diversos municipios de la entidad, principalmente el acompañamiento jurídico en casos de divorcio, de manutención, y de violencia de género, aunque como sostiene Katherin, la mayoría de los procesos a los que dan seguimiento derivan de situaciones violentas de diversa índole, en la vida de las mujeres:

Nosotras principalmente acompañamos violencia familiar y hemos entendido a lo largo de este camino, pues que la violencia familiar viene acompañada de muchas cosas. Una mujer que decide, o viene por una asesoría por divorcio, por lo regular trae atrás antecedentes de violencia familiar que vienen a desencadenar la necesidad de un divorcio y que ahí no termina el asunto, sino que durante el proceso de divorcio va a haber este, problemas por la custodia, por la patria potestad, por los alimentos y que todo es una forma de ejercer violencia contra las mujeres desde las parejas y desde el sistema de justicia que muchas veces este, las fuerza [sic] un poco a firmar convenios que son... En los cuales ellas están en desventaja, ¿por qué? Pues les da muy poco dinero para los alimentos, las obliga a un montón de cosas respecto a los hijos, el hombre suele tener una especie de control sobre: dónde vive, con quién vive, quién la visita y todas esas cosas, entonces hemos intentado justo en estos casos que acompañamos, tanto en los litigios familiares, meterle propuestas diferentes argumentando con fundamento en tratados internacionales, en derechos de las mujeres, en protocolos y eso hacemos en el ámbito de lo civil.

Y en lo penal pues acompañamos desde el proceso de denuncia, desde que las mujeres deciden iniciar un proceso de denuncia, pues lo importante es que a ellas les quede claro qué es lo que quieren denunciar y qué es lo que sí quieren hacer y qué no quieren hacer. Pues nosotras les acompañamos cuando quieren ir a poner la denuncia, vamos y revisamos con ellas este, su carpeta de investigación, y las que llegan a proceso de judicialización, pues las acompañamos en las audiencias, les explicamos en qué consiste cada audiencia, este, si quieren acudir, si no quieren acudir acudimos nosotras en su representación para saber cuál era el asunto de la audiencia y pues nuestra idea es que las mujeres tengan ese acceso a la justicia que necesitan. Aquí en Guanajuato pues nos ha tocado acompañar a mujeres que están criminalizadas por aborto, es decir, que se les abren carpetas de investigación por abortos, en su mayoría espontáneos pero que son denunciados por el mismo personal de las instituciones de salud, que son las que primero deberían garantizar la vida y la salud de las mujeres, y lo que hacen es denunciarlas y someterlas a una violencia muy desagradable dentro de la institución y después pues las chicas tienen que ir a presentarse a dar sus entrevistas y todo esto, con todo el miedo que eso implica, ¿no? Pues en la mayoría de los casos las chicas ni siquiera supieron que estaban embarazadas o ni siquiera supieron por qué se dio el aborto y encima tienen que ir. Es horrible y es muy violento para con las chicas y las mujeres que hacen esto (*ídem*).

En una sociedad que violenta a las mujeres en múltiples dimensiones, en el hogar, en sus relaciones personales, en el ejercicio de la sexualidad, el acceso a una justicia que no parta del supuesto de que la mujer es incitadora y culpable, es necesario para que puedan acercarse a las instituciones y denunciar sin el temor de ser perseguidas. Para conseguirlo, el trabajo de asesoría jurídica y acompañamiento de

las abogadas de la CJDHM ha influido sobremanera, por un lado, a equilibrar la balanza en los casos que han tomado, por otro, a familiarizar a los funcionarios del sistema judicial con los derechos de las mujeres y la justicia con perspectiva de género.

REDefine Guanajuato. Como mencionamos al inicio del capítulo, luego de la despenalización del aborto en la Ciudad de México múltiples congresos estatales presentaron iniciativas para incorporar a las constituciones la protección de la vida desde el momento de la concepción. De forma que el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, fundado en 2000 y con sede en la capital del país, llevó a cabo un proyecto con jóvenes de los estados del país en los que se estaban generando candados constitucionales para evitar discutir el aborto, con la finalidad de que tocaran el tema de los derechos sexuales y reproductivos en esos lugares. Así nace en febrero de 2010 REDefine en 16 estados, entre ellos Guanajuato (C. Flores, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

REDefine organiza su trabajo en torno a tres ejes: embarazo adolescente, derechos sexuales y reproductivos e interrupción legal del embarazo. Sin embargo, en Guanajuato debido a la creciente violencia de género, la organización en la entidad ha incorporado a sus acciones la no violencia contra las mujeres. Estos lineamientos definen sus actividades tanto enfocadas a incidir en las instituciones estatales como en la sociedad.

Dentro de las primeras, REDefine realiza trabajo de monitoreo en las instituciones de salud pública como en los Centros de Atención a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (CAPACIT) o los Centros de Atención Integral de Servicios

Esenciales de Salud (CAISES) para observar si cuentan con anticonceptivos suficientes y al alcance de la población y cuáles son los procedimientos que siguen para atender a las mujeres que solicitan atención en salud sexual; también realizan un seguimiento de las acciones de los institutos de la mujer y de la juventud en materia de embarazos de adolescentes. Además, emiten recomendaciones a través de *dossiers* a las instituciones públicas, los más recientes enfocados a la prevención de embarazos en adolescentes y la violencia contra las mujeres. También buscan acercamiento con los diputados y diputadas para que hagan llegar al Congreso iniciativas y posturas en materia de derechos de las mujeres. Sin embargo, y debido a que se enfoca principalmente en derechos sexuales y reproductivos, la organización se ha enfrentado a diversos retos para poder realizar trabajo en conjunto con el gobierno:

— ¿Cómo ha sido la respuesta por parte de las instituciones de gobierno a trabajar con organismos como ustedes?

— Pues es cordial la relación. Creo que reconocen nuestro trabajo y no hemos llegado a ningún conflicto, pero pues de pronto si hemos tenido que hacer un poquito más de presión sobre todo con los medios de comunicación, para hacer hincapié en que pues están fallando, ¿no?, en su política pública.

Yo creo que donde hemos tenido que hacer más presión y donde a lo mejor hemos sido un poco incómodas ha sido con la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato por cuestiones de que no hay acceso a los métodos anticonceptivos, entonces es donde hemos hecho más presión y donde no les ha gustado un poco, pero con los diputados y diputadas es cordial, este, nuestra idea es pues colaborar, ¿no? o sea hacer una crítica pero colaborar, entonces nosotras sacamos desde la red nacional, sacamos un *dossier* sobre prevención del embarazo y el análisis de la política pública, una investigación. Entonces pues la hemos presentado a diversas instituciones a nivel municipal y estatal para que la conozcan y les sirva como insumo para hacer la política pública. Es como nuestra forma de contribuir, pero como es un tema que no es prioridad en la agenda pública entonces esto va muy lento, muy lento, pero pues ahí estamos nosotros como insistiendo, ¿no?

— ¿Y cuál es la respuesta de las instituciones una vez que ustedes llegan con ese tipo de investigaciones: ¿sí las toman en cuenta en las decisiones que toman, o les dan las gracias y así se queda?

— Pues la verdad, o sea, para serte sincera nos dan atole con el dedo, es así como de: “ay sí que padre, muchas gracias, está muy fregón y etcétera”, porque como es una investigación, pues es totalmente neutral, y como los ojos desde afuera y de la organización civil, entonces sí como que lo valoran, como de: “ay sí está genial, lo vamos a considerar”, pero hasta ahora en los municipios que lo hemos presentado pues no se ha visto avances. Entonces la impresión que nos da es que, pues les da carpetazo, o sea, que a lo mejor lo tienen guardado en algún archivero y que realmente no lo están ocupando para hacer una política pública. Es como la impresión (C. Flores, comunicación personal, 20 de abril de 2016).

Aunque en los últimos años sus esfuerzos se han dirigido más a la incidencia política debido a que consideran que las instituciones estatales no han respondido con la rapidez y de la mejor forma a problemas urgentes como la violencia contra las mujeres y los embarazos en adolescentes, REDefine Guanajuato ha trabajado desde su comienzo con la sociedad para dar a conocer a las mujeres sus derechos sexuales y reproductivos a través de la instalación de *stands*, pláticas y conferencias en diferentes municipios, y en las escuelas han impartido a los jóvenes talleres de educación sexual enfocada en el ejercicio libre y responsable de la sexualidad y el derecho a decidir sobre sus cuerpos.

Es ahí donde hemos ido nosotras con el dildo, con una vulva, este de plástico, llevamos condones, llevamos un condón femenino para que lo conozcan, y pues los proporcionamos ahí. Que claro hay unas escuelas en las que se oponen a que les demos preservativos e incluso material, pero la mayoría sí nos han abierto como la puerta de entregarles ese tipo de cosas, ¿no? Cartillas de derechos sexuales y repro-

ductivos, tarjetas sobre métodos anticonceptivos, condones y demás. Entonces esa es la parte que hemos trabajado y les hablamos desde una cuestión de derechos, de una cuestión científica y laica, ¿no? Que no influyan pues estas ideas de religión o que nos imponen en la escuela, sino que al final tomamos la decisión de nuestros cuerpos nosotras y nosotros mismos. Entonces este, es como que el enfoque que damos en nuestros talleres y donde entramos como a auxiliar porque pues sí la educación sexual que dan en las escuelas pues a mí se me hace muy carente (*ídem*).

Pero también han encontrado resistencia por parte de escuelas y padres de familia que no aceptan que los jóvenes reciban información sobre cómo usar métodos anticonceptivos porque consideran que estos comenzarán antes su vida sexual, en experiencia de la organización, ha habido una mayor apertura a discutir temas de sexualidad en las escuelas. Como analizábamos en el capítulo anterior, cada vez son más mujeres las que aceptan que sus hijos reciban información sobre sexualidad segura y responsable. No obstante, para que los jóvenes y la sociedad en general conozcan que esta educación es parte de sus derechos, que la salud sexual y reproductiva debe ser garantizada y que no depende del criterio de la institución, queda camino por recorrer.

De manera general, aunque se puede observar un cambio en cómo las mujeres conciben su sexualidad, como de a poco toman control de su reproducción a través de métodos anticonceptivos si así lo deciden, o como buscan mejorar la calidad de vida de sus hijos accediendo a proporcionarles información sobre sexualidad, falta todavía para que las mujeres consideren la libertad sobre su sexualidad como lo que es: un derecho que las instituciones públicas deben reconocer y respetar. Sin embargo, la posibilidad de cambiar el panorama de Guanajuato, como lo consideran las integrantes de estas organizaciones, se encuentra en los jóvenes que, a través de las influencias que reciben de otros espacios y del aprendizaje de la experiencia de sus padres, están cambiando la forma en que conciben su cuerpo y el control que tienen sobre ellos.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de esta investigación surgieron en el país importantes obstáculos para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En el año 2016 Veracruz se incorporó a la lista de estados que criminalizan el aborto bajo el argumento de la defensa de la vida. La reforma propuesta el 18 de enero por el entonces gobernador de la entidad, Javier Duarte, comparaba al aborto con la pena de muerte, por lo que consideraba necesario proteger constitucionalmente la vida desde el momento de la concepción. Dicha reforma fue promulgada el 23 de agosto del mismo año, en medio de críticas de organizaciones civiles y de las oficinas en México de la ONU.

El interés de las instituciones gubernamentales por defender la vida es particularmente cuestionable en un periodo de violencia en el que, tan solo durante 2015 el INEGI registró 20 762 muertes por homicidio (Redacción Animal Político, 2016). El propio estado de Veracruz resaltó por las continuas amenazas a periodistas, el alto número de desapariciones y feminicidios, que llegaron a su punto más alto desde 2011 con 161 mujeres asesinadas durante 2016, de acuerdo con la organización Red Veracruzana por el Derecho a Decidir (Castro, 2016).

En la actualidad, la importancia del conservadurismo como obstáculo a las políticas que buscan ampliar las libertades fue de sobra evidente. En mayo de 2016, el presidente Enrique Peña Nieto presentó una iniciativa de reforma constitucional y modificaciones al Código Civil Federal, con las que proponía reconocer el matrimonio igualitario, la igualdad de condiciones para la adopción, el reconocimiento de la identidad de género y la posibilidad del divorcio sin expresar las causas. Ante tal iniciativa, se presentó durante meses una movilización, encabezada por la Iglesia católica, para frenarla, cuyos alcances nos llevaron a cuestionar la estabilidad del Estado laico mexicano. Tanto líderes religiosos como organizaciones de corte conservador como el Frente Nacional Por la Familia, convocaron a marchas que se llevaron a cabo en la mayoría de los estados de la República. El Frente habla de 70 000 asistentes en el nivel nacional. Las movilizaciones de Baja California, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Querétaro y Yucatán fueron las más numerosas. Además,

dichas marchas agruparon otras consignas que rechazaban el avance de la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, como la despenalización del aborto y la impartición de educación sexual en las escuelas (*La Jornada*, 2016). En noviembre del mismo año, la Cámara de Diputados rechazó la iniciativa de Peña Nieto por legisladores del PRI, PAN y Partido Verde Ecologista de México (PVEM), en las comisiones de Derechos Humanos y Puntos Constitucionales.

Dadas las circunstancias actuales, es necesario investigar las formas en las que el pensamiento conservador influye en la obstaculización de la salud reproductiva de las mujeres y del ejercicio de sus derechos sexuales. La inquietud que motivó este trabajo, la comprensión del impacto que tienen la dimensión subjetiva, los valores, los intereses, los principios morales, nos llevó a poner en marcha una investigación que contempló tanto a las instituciones públicas, como a las organizaciones civiles y a la sociedad.

Principales hallazgos de la investigación

Como señalamos en el inicio de este trabajo, el desarrollo de la tesis se ordenó a partir de la pregunta principal: ¿de qué manera el conservadurismo predominante en el estado de Guanajuato y su capital afectan la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza? Dicha interrogante nos llevó a observar en primer lugar, las bases del pensamiento conservador y los valores que propone para posteriormente percatarnos de cómo dichos valores motivan las decisiones que los funcionarios públicos de Guanajuato toman en materia de salud reproductiva. En segundo lugar, buscamos a partir de entrevistas con dos grupos de mujeres en situación de pobreza de la capital del estado, comprender como esta influencia afecta a su salud reproductiva: si la apoya, si la niega, si la controla, si la condiciona.

Con estos ejes rectores en mente, llevamos a cabo durante dos años una investigación que nos llevó a precisar la hipótesis tentativa que nos planteamos en el inicio, la cual sostenía: si partimos del entendido que las mujeres en situación de pobreza son las principales usuarias de los servicios públicos, entonces la defensa de valores conservadores como la protección de la vida por parte de las instituciones políticas, que dificulta la incorporación de la salud reproductiva en la agenda de gobierno, genera que dichas mujeres tengan menores oportunidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En la hipótesis propuesta se consideraba que las mujeres en situación de pobreza, por tener una relación más estrecha con unas instituciones gubernamentales cuyas decisiones en materia de salud reproductiva eran motivadas por valores conservadores, tenían menores posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, el trabajo de campo con mujeres en situación de pobreza en Guanajuato nos llevó a matizar esta aseveración. Las instituciones de salud pública en la entidad han privilegiado ciertos aspectos de la salud reproductiva por encima

de otros. Así, las mujeres en general afirmaron tener acceso a métodos anticonceptivos gratuitos, haber tenido atención médica durante el embarazo y el parto, en los que ninguna tuvo situación de riesgo. En este punto no existen mayores diferencias entre las mujeres que son usuarias de PROSPERA y las que no lo son, ya que existen otros programas, en particular el Seguro Popular, que proporciona servicios en materia de control natal, embarazo parto y posparto.

Sin embargo, la experiencia es distinta cuando se refiere a la educación sexual que les permita a las mujeres tener una vida sexual más informada, y el acceso al aborto. La primera no ha sido garantizada en la aplicación de los programas, como es el caso de PROSPERA, y la segunda, aunque ninguna mujer afirmó haber tenido un aborto –ni espontáneo ni provocado– es el elemento de la salud reproductiva que más obstáculos enfrenta para su despenalización.

De manera que en este punto podemos concluir que existe un reconocimiento sesgado y asimétrico de la salud reproductiva por parte de las instituciones de salud, que privilegian el reconocimiento de aquellos derechos que no cuestionan el carácter tradicional de la sexualidad: es decir, que está enfocada a la reproducción y que se vive en parejas heterosexuales y permanentes: las campañas que promueven se enfocan en aquellas mujeres mayores de edad, con una pareja masculina estable. Pero una estrategia integral de educación sexual y la atención de emergencias relacionadas con el aborto, o la práctica de este en situaciones incluso legales como lo es cuando el embarazo es producto de una violación, son los aspectos que más retraso presentan tanto en el diseño como en la ejecución de políticas de salud reproductiva.

Ahora bien, respecto de otra premisa de nuestra investigación, la suposición de que la salud reproductiva de las mujeres en situación de pobreza era más vulnerable, se encontró en la experiencia de las mujeres con elementos que ayudan a sostenerla. Situaciones que han vivido las mujeres entrevistadas, como la violencia obstétrica, la violencia al interior del hogar, el abuso de sustancias por parte de sus parejas y las consecuencias del abandono con lo que aumenta sus responsabilidades, son problemas que se potencian en contextos de pobreza y que tienen un gran impacto en la salud reproductiva de las mujeres. Muchas de ellas debido a estas situaciones se enfrentaron a riesgos durante el embarazo y el parto, o tuvieron experiencias con métodos anticonceptivos que afectaron su salud. Ante las condiciones de dolor y de riesgo, la voz de las mujeres en situación de pobreza es ignorada tanto por el personal de salud pública, como sus propias parejas.

A pesar de esto, es necesario hacer una revisión de la premisa más importante de esta investigación, a la luz de los hallazgos obtenidos en el trabajo de campo. Partimos del supuesto que los valores conservadores presentes en las instituciones de gobierno de Guanajuato afectaban más a las mujeres en situación de pobreza, por tener un vínculo más estrecho con ellas, debido a que son las principales usuarias de los servicios públicos de salud. Como ya mencionamos, las mujeres pudieron tener acceso a partir

de estas instituciones públicas, a medios que les permitían tener una mejor salud reproductiva, como atención médica y métodos anticonceptivos. Pero dicho acceso depende de qué tanto estos medios amenazan la visión conservadora de la reproducción. Por lo tanto, su salud reproductiva está más condicionada a las políticas en materia de sexualidad, que los valores conservadores aprueben. El control material de la sexualidad se da en términos de control de los recursos económicos y los servicios necesarios para que las mujeres tengan una salud reproductiva plena.

Sin embargo, aunque podemos sostener que existe un control material, no es así en el plano subjetivo. A pesar de los discursos y las prácticas de las instituciones estatales, que buscan mantener la autoridad que el gobierno estatal y municipal tienen en el plano de la sexualidad, impulsando entre la sociedad los valores morales de las élites, y de actores sociales con enorme influencia como la Iglesia católica, las mujeres entrevistadas nos mostraron que dicho control y dicha dominación, recurriendo a Migdal (2011), no llega a determinar la visión que las mujeres tienen de la sexualidad. Mientras que en Guanajuato numerosos actores políticos obstaculizan el ejercicio de algunos derechos fundamentales, para las mujeres una mayor libertad en materia sexual es necesaria para tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, ellas no están esperando a que tales libertades sean reconocidas por las instituciones para ejercerlas. El ejemplo más evidente se da en materia de educación sexual. Mientras que existe una importante oposición tanto de organizaciones conservadoras como de funcionarios estatales, a la impartición de educación sexual en las escuelas de educación básica, las mujeres entrevistadas apuestan por discutir abiertamente este tema con sus hijas e hijos debido a que, desde su experiencia, la falta de información que ellas enfrentaron afectó a su calidad de vida. Los cambios en materia de sexualidad entonces no están surgiendo de arriba hacia abajo, sino que provienen de la cotidianidad de las mujeres y de la esperanza de que sus hijas e hijos tengan mejores condiciones que las que ellas tuvieron. Dos concepciones de vida se enfrentan en esta situación: mientras que la vida que buscan proteger los valores conservadores es la de aquellos que todavía no nacen, las mujeres buscan mejorar la vida de los hijos que ya tienen, vida no en términos de existir solamente, sino de existir con dignidad.

Finalmente nos preguntamos: ¿existen derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato? Lo observado durante la investigación nos lleva a cuestionar que estos existan más allá del tratado que comprometió al Estado mexicano. Y es que la sexualidad y la reproducción son concebidas todavía por las mujeres que conocimos como una responsabilidad más que un derecho. Tanto la anticoncepción como el cuidado de los hijos y la educación sexual se mantienen como tareas predominantemente femeninas. En este sentido los programas de transferencia de renta condicionada como PROSPERA, a pesar de que están diseñados a partir del enfoque de pobreza de capacidades que ve los recursos como medios para ejercer libertades, no contribuye a fomentar entre las mujeres un reconocimiento de la sexualidad como

derecho y como libertad. Mientras que el control de la reproducción sea condición para mantener un recurso económico, se verá como medio y no como fin.

Para llegar a tener una mayor valoración de la sexualidad como un derecho que debe ser garantizado sin importar los valores predominantes en la región, ha sido fundamental el trabajo de organizaciones pro-derechos sexuales y reproductivos. Estas han logrado desde la incorporación de la necesidad de una sexualidad segura y elegida al debate público, hasta el acercamiento a las mujeres de esos elementos pertenecientes a la salud reproductiva que más se han dejado fuera de los servicios proporcionados por el gobierno: la educación sexual desde un enfoque laico y científico, y el acceso a la práctica del aborto en condiciones seguras.

Líneas de análisis futuras

Reconocemos las limitantes de nuestro trabajo que derivaron tanto de condiciones materiales como del propio diseño de investigación. Sin embargo, estos cabos sueltos dejados por la presente tesis, dan lugar a líneas de análisis de trabajos futuros. Tal es el caso de la ausencia de la perspectiva masculina de la salud reproductiva. Si bien nuestra investigación se enfocó en las mujeres en situación de pobreza, conocer las condiciones de la salud reproductiva de los hombres nos permitiría tener una visión más integral de la situación de esta esfera en Guanajuato.

También reconocemos que la muestra elegida para el trabajo de campo no permitió percibir diferencias entre grupos. Que las mujeres entrevistadas fueran todas casadas, mayores de 30 años y con hijos, limitó el conocimiento de otro tipo de experiencias, principalmente debido a que trabajamos con un sector que es el prioritario para las acciones en materia de salud reproductiva. Un posible análisis podría enfocarse en conocer las diferencias que presentan las mujeres en la materia en función de su edad o estado civil, o las condiciones de la salud reproductiva de aquellas mujeres cuyas necesidades de condiciones materiales no son satisfechas por las instituciones de salud pública, como mujeres solteras, adolescentes o no heterosexuales.

Otra limitante considerable de nuestro trabajo fue la dificultad para acceder a una mayor cantidad de organizaciones. La incorporación de la perspectiva de otras organizaciones a esta investigación, hubiera abonado de manera considerable a comprender mejor los procesos en los que los grupos sociales, a partir de su confrontación y negociación con el Estado, dan forma a las condiciones de la salud reproductiva en la entidad. Para el futuro, se buscará realizar, desde el análisis del Estado en la sociedad, un estudio de los procesos de formación de las políticas en la materia, en un contexto conservador.

Estas posibles líneas enriquecerán el abordaje que de la salud sexual y reproductiva se hizo en la presente investigación, una que arrojó a quien la desarrolla, más interrogantes y más inquietudes de las que sació. La invitación a sumar perspectivas a este relevante campo de estudio, queda pues, abierta.

ANEXO A

Fotografías de trabajo de campo

Imagen 1

Cruces en conmemoración de las mujeres víctimas de feminicidio en el estado de Guanajuato en el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Plaza de la paz, municipio de Guanajuato, 25 de noviembre de 2015.



Fuente: Elaboración propia.

Imagen 2

Pancarta en la fachada de la basílica de Nuestra Señora de Guanajuato. Municipio de Guanajuato, 25 de noviembre de 2015



Fuente: Elaboración propia.

Imagen 3

Lonas en el exterior de la basílica de Nuestra Señora de Guanajuato. Municipio de Guanajuato, 25 de noviembre de 2015



Fuente: Elaboración propia.

Imagen 4

Lona en el exterior del Templo de la Compañía. 26 de noviembre de 2015, Municipio de Guanajuato, 26 de noviembre de 2015



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO B

Guión de entrevista para organizaciones

- Perfil del entrevistado-(a)
- Nombre
- Profesión
- Tiempo en la organización
- *La organización*
- ¿En qué fecha surge la organización?
- ¿Cuántos miembros integran la organización?
- ¿Cómo se organiza internamente?
- ¿Su trabajo lo realizan solo en la ciudad o en otras partes del estado?
- ¿Cuáles son sus líneas de acción?
- ¿Puede describirme algunas actividades que han realizado hasta la fecha?
- ¿Cuáles son los principales retos a los que se ha enfrentado la organización?
- ¿Los recursos económicos con los que operan provienen de donaciones? ¿Tienen otra fuente de ingresos?
- Relación con otras organizaciones
- ¿Han realizado trabajo en conjunto con otras organizaciones? ¿Cuáles?
- ¿En su opinión, existe una articulación en Guanajuato entre organizaciones por los derechos de las mujeres?
- *Relación con instituciones*
- ¿Cómo es la relación que llevan con instituciones de gobierno?
- ¿Los institutos de la mujer, municipal y estatal, han colaborado con ustedes en algún proyecto?
- ¿Consideran que existe apertura a la participación de organizaciones por los derechos de las mujeres, en proyectos institucionales (asesoría, revisión, participación en foros, integración de comisiones)
- Sobre las características de la entidad
- Se dice que Guanajuato es un estado conservador, ¿están de acuerdo? ¿Por qué?
- ¿Esto ha impactado en la situación de los derechos de las mujeres en la entidad?
- ¿Cuál es el peso de las organizaciones provida la discusión de los derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato?
- ¿Considera que en Guanajuato la Iglesia católica es un líder de opinión?
- ¿Ha influido el catolicismo en la discusión de los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Consideran que cada partido político tiene una postura distinta en torno a los derechos sexuales y reproductivos? ¿Por ejemplo, el PAN que gobierna el estado, del PRI, que gobierna la capital?
- En alguna ocasión el gobernador Miguel Márquez Márquez afirmó que en su gobierno se protegía la vida: ¿considera que hay un doble discurso de protección de la vida?
- *Situación de los derechos sexuales y reproductivos*
- ¿En su experiencia, cuál es la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el municipio? ¿Y en el estado?

- Cuando ustedes realizan alguna campaña de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, ¿se encuentran con mujeres que conocen de sus derechos?
- ¿Existe un debate público sobre los derechos sexuales y reproductivos en Guanajuato?
- ¿Considera que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran en la agenda de gobierno?
- ¿Consideran que la calidad de la educación sexual de niñas, niños y adolescentes ha mejorado?
- ¿Hay más, menos o igual apertura en las escuelas y por parte de los padres de familia a que las niñas, niños y adolescentes reciban una educación sexual?
- ¿En su opinión, cuáles son las principales causas de las altas tasas de embarazos en adolescentes que presenta la entidad?
- ¿Las instituciones públicas tienen estrategias enfocadas a esta situación?
- ¿Piensan que el aumento de embarazos en adolescentes ha cambiado la postura del gobierno en torno a los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Consideran que el acceso a los métodos anticonceptivos en la entidad es sencillo?
- ¿A partir de su experiencia, las mujeres tienen acceso a los métodos anticonceptivos si así lo deciden?
- Según tengo entendido, el código penal de Guanajuato establece la violación y el riesgo de la vida de la mujer, como causales en las que se permite el aborto. ¿Esto se respeta en la práctica?
- ¿Las mujeres pueden acceder a un aborto en instituciones de salud pública en caso de violación?
- ¿Cuál es la postura de los gobiernos municipal y estatal en torno al aborto?
- ¿Existe un debate público para la discusión de la despenalización del aborto?
- ¿Han trabajado con mujeres en situación de pobreza?
- ¿Consideran que la situación de los derechos sexuales y reproductivos varía en función del nivel socioeconómico de las mujeres?
- ¿Consideran que la criminalización del aborto afecta de distinta manera a las mujeres pobres?
- Y respecto del embarazo en adolescentes, ¿hay diferencias en función del nivel socioeconómico?
- En su opinión, ¿cuál es el panorama futuro de los derechos sexuales y reproductivos en la entidad?

ANEXO C

Guión de entrevistas para mujeres

De perfil

- Edad
- Lugar de nacimiento
- Escolaridad
- Estado civil
- Profesión
- Profesión de su pareja
- ¿Es jefe de familia?
- Religión que profesa
- Número de hijos
- ¿Cuántos años tienen sus hijos?
- ¿Asisten a la escuela o trabajan?
- ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

Recursos y atención médica

- ¿Cuántas personas proveen ingresos a su familia?
- ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?
- ¿La casa donde viven es propia?
- ¿Cuántas personas viven en su domicilio?
- ¿Cuántas veces en el último año ha ido al médico?
- ¿Cuántas veces ha llevado a sus hijos al médico?
- ¿Cuenta con automóvil propio?
- ¿Cuántos estudios de papanicolau se ha realizado?
- ¿Cuántas mamografías se ha practicado?
- ¿Acude con un médico general regularmente?
- ¿Acude con un ginecólogo con regularidad?

Sobre el programa social

- ¿Es beneficiaria de algún programa de gobierno? ¿Cuál?
- ¿Cuenta con Seguro Social, Seguro Popular, ISSSTE?
- ¿Usted ha acudido a alguno de los talleres de autocuidado de la salud de PROSPERA?
- ¿A cuántos?
- ¿Pudo elegir los temas del taller?
- ¿Cuál fue su experiencia en el taller?
- ¿Qué opinas de los responsables de impartir el taller?
- ¿La información que le dieron era nueva para usted o ya lo conocía?
- ¿La información le fue de utilidad?

Escala reproductiva

- Vida sexual*
- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
- ¿Usó alguna forma de protección?
- Embarazo y parto*
- ¿Cómo se enteró que estaba embarazada?
- ¿Qué hizo cuando se enteró que estaba embarazada?
- ¿Cómo fueron sus embarazos?
- ¿Tuvo atención médica durante su embarazo?
- ¿En qué institución de salud?
- ¿Sus hijos nacieron por parto natural?
- ¿Hubo complicaciones durante el parto que pusieran vida o la de su hijo(a) en riesgo?

¿En dónde dio a luz?
¿Cómo fue el trato que recibió durante el parto?

¿Usted considera que el trato que reciben en los hospitales es igual para todos?

¿Cómo cambió el embarazo sus condiciones de vida?

¿Usted considera que si pudiera retrasar su embarazo, lo hubiera hecho?

Anticoncepción

¿Usa usted algún método anticonceptivo?

¿Considera usted que son de fácil acceso o que son difíciles de conseguir?

Si usa métodos: ¿por qué decidió usarlos?, ¿quién lo recomendó?

Si no usa métodos: ¿alguna vez usó alguno?, ¿por qué decidió no usarlos?

¿Qué piensa su pareja de los métodos anticonceptivos?

¿Le provoca algún conflicto con su religión el uso de estos métodos?

Educación sexual

¿En la escuela recibió educación sexual?

¿Cómo fue esa educación?

¿En su casa recibió educación sexual?

¿A quién acudía cuando tenía una duda sobre sexualidad?

¿Qué opina usted de que se imparta educación sexual en la escuela de sus hijos?

¿Usted ha hablado sobre sexualidad con sus hijos o piensa hacerlo en algún momento? ¿Por qué?

Concepción de la sexualidad

¿Usted considera que ejerce su sexualidad de manera libre? ¿Por qué?

¿Piensa que la sexualidad es un derecho o una responsabilidad?

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, P. (2015). Notas sobre la dificultad de estudiar el estado. En P. Abrams, A. Gupta y T. Mitchell, *Antropología del Estado* (pp. 17-70). México: Fondo de Cultura Económica.
- Abrantes Pego, R. y Pelcastre Villafuerte, B. (2008). La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias? En S. Lerner e I. Szasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (pp. 255-301). México: El Colegio de México.
- Alessandro, M., Amaya, P., Dufour, G. y Jaime, F. M. (2013). Introducción al análisis de políticas públicas. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Altimir, O. (1999). Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. En V. E. Tokman y G. O'Donnell (Comp.), *Pobreza y desigualdad en América Latina. Temas y nuevos desafíos* (pp. 25-51). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Amuchástegui Herrera, A. (2001). Construccinismo social y sexualidad: el sujeto y la autogestión (comentario). En J. G. Figueroa y C. Stern (Coords.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación* (pp. 85-92). México: El Colegio de México.
- Aparicio, R. (2008). Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos? En S. Lerner e I. Szasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (volumen I, pp. 217-285). México: El Colegio de México.
- Argumedo, A. (2004). Los silencios y las voces en América Latina: Notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Pensamiento Nacional.
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2008). Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México. En S. Lerner e I. Szasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (volumen I, pp. 11-46). México: El Colegio de México.

- Arragiada, I. (2005, abril). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la CEPAL* (85), 101-113.
- Ayuntamiento de Guanajuato. (2009). Plan de Gobierno Municipal de Guanajuato 2009-2012. Guanajuato: Autor. Recuperado de <http://guanajuatocapital.gob.mx/plangob.pdf>
- Balderas, R. (2014, 26 de septiembre). Diputado panista propone quitar la educación sexual. *Periódico Correo*. Recuperado el 28 de noviembre de 2015 de <http://periodicocorreo.com.mx/diputado-panista-propone-quitar-la-educacion-sexual/>
- Ballón, A. (2014). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Lima, Perú: Biblioteca Nacional del Perú.
- Barba Solano, C. (2009). Los estudios sobre la pobreza en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 71, 9-49.
- Baz, M. (1999). La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad. En I. Jáidar (Comp.), *Caleidoscopio de subjetividades* (pp. 77-96). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Banco Interamericano de Desarrollo-BID. (2016). Estadísticas de Pobreza y Desigualdad de ingresos en ALC (18 países). Sociómetro-BID. Recuperado el 30 de octubre de 2016 de <http://www.iadb.org/es/investigacion-y-datos//pobreza,7526.html>
- Bonder, G. (1994). Mujer y educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades. *Revista Iberoamericana de Educación* (6), 9-48.
- Burke, E. (2003). *Reflexiones sobre la Revolución en Francia*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Caballero, R. y Villaseñor-Sierra, A. (2008). Factores de desigualdad social asociados a infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población mexicana. En S. Lerner e I. Sasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México.
- Camposortega Cruz, S. (1997). Cien años de mortalidad en México. *Revista Demos* (10), 11-13.
- Castro, H. (2016, 18 de noviembre). Van 161 feminicidios. *Diario Imagen de Veracruz*. Recuperado el 18 de noviembre de 2016 de <http://www.imagendeveracruz.com.mx/resumen.php?id=64176>
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz y S. Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 57-85). México: El Colegio de México.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Clínicas-aborto.com.mx. (2017). Ley de aborto en América Latina. Recuperado de <http://www.clinicas-aborto.com.mx/legislacion/ley-del-aborto-en-america-latina/>
- Código Penal del Estado de Guanajuato. (2017). Recuperado de <https://portal.pgjguanajuato.gob.mx/PortalWebEstatal/Archivo/normateca/2.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL. (2015). Panorama social de América Latina. Santiago, Chile: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175_es.pdf
- Congreso del Estado de Guanajuato. (2015, 26 de febrero). Iniciativa 62496. Recuperado de <http://legislaturalxii.congresogto.gob.mx/uploads/archivo/archivo/4235/62496.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social-CONEVAL. (2016). Anexo estadístico de pobreza en México. Medición de la pobreza. Disponible en http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2016.aspx
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social-CONEVAL. (s/f). Glosario. Medición de la pobreza. Recuperado el 7 de abril de 2017 de <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
- Consejo Nacional de Población-CONAPO. (2010). Índice de Marginación por Localidad 2010. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010
- Congreso de la Unión. (2016). Presupuesto de Egresos de la Federación. México: Autor.
- Córdoba Basulto, D. I. (2011). El control demográfico en México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 1-2.
- Correa, S. (2001). Salud reproductiva, género y sexualidad: legitimación y nuevas interrogantes. En J. G. Figueroa y C. Stern (Coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación* (pp. 127-153). México: El Colegio de México.
- Diario de los Debates*. (2009a, 8 de mayo). Segunda época, año III. Sesión ordinaria del LX Congreso Constitucional del Estado, núm. 143. Guanajuato, México. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/congresogto_legislaturaxl/Sesiones/3eranosesiones/Sesiones/Ord%20%20de%20mayo%2009.pdf
- Diario de los Debates*. (2009b, 22 de mayo). Segunda época, año III. Sesión ordinaria del LX Congreso Constitucional del Estado, núm. 146. Guanajuato, México. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/congresogto_legislaturaxl/Sesiones/3eranosesiones/Sesiones/Ord%20%20de%20mayo%2009.pdf

- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2015a, 26 de febrero). Reglas de operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2015b, 30 de diciembre). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2016. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421756&fecha=30/12/2015
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2009, 17 de abril). Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 6o. de la Ley General de Población. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087511&fecha=17/04/2009
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (1996, 13 de septiembre). Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. México: Consejo Nacional de Población.
- Dieterlen, P. (2003). *La pobreza: un estudio filosófico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica.
- Espinar Ruiz, E. (2006). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento*. Córdoba, Argentina: Universidad de Córdoba.
- Espinosa, V. (2014, 12 de julio). Gobernador de Guanajuato rechaza el aborto y se dice devoto de Juan Pablo II. *Proceso*. Recuperado el 13 de enero de 2015 de <http://www.proceso.com.mx/?p=377024>
- Espinosa Damián, G. (2004). Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas. *La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*. Ciudad de México, México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación/K'inál Antzetik/Universidad Autónoma Metropolitana/Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas.
- Espinosa Damián, G. y Paz Paredes, L. (2000). Salud reproductiva en México. Los programas, los procesos, los recursos financieros. En G. Espinosa Damián (Coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados* (pp. 23-171). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Federici, S. (2013). *Calibán y la bruja*. México: Pez en el árbol.
- Feregrino, M. (2016, 31 de enero). Presión social, ayudó a que Guanajuato no recibiera alerta de género: ONG. *Radiofórmula*. Recuperado el 5 de febrero de 2016 de <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=566833&idFC=2016>
- Fiorenza, C. (2015, 11 de marzo). Se han duplicado embarazos entre las adolescentes. *Periódico Correo*. Recuperado el 11 de marzo de 2015 de <http://periodicocorreo.com.mx/se-han-duplicado-embarazos-entre-las-adolescentes-2/>
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer-UNIFEM y Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL. (2004). *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Santiago, Chile: Autor.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad*. (Volumen 3: *La inquietud de sí*). México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1994a). *Estrategias de poder. Obras esenciales* (volumen 2). Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (1994b). Verdad y poder. *Estrategias de poder. Obras esenciales* (volumen 2, pp. 16-26). Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (2011a). *Historia de la sexualidad*. (Volumen 1: *La voluntad de saber*). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2011b). *Historia de la sexualidad*. (Volumen 2: *El uso de los placeres*). México: Siglo XXI.
- Freyermuth, E. G. y De la Torre, C. (2002). Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida, en los Altos de Chiapas: ¿esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural? *Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población*. México.
- Gagnon, J. H. (2001). Acciones virtuosas en ausencia de un dogma convincente: la salud reproductiva en un mundo socialmente construido. En J. G. Figueroa y C. Stern. (Coords.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación* (pp. 61-83). México: El Colegio de México.
- Galdos Silva, S. (2013, julio). La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (3), 455-460.
- García, C. (2009, 17 de agosto). Hasta 35 años de prisión a quien aborte en Guanajuato. *La Jornada*. Recuperado el 8 de noviembre de 2014 de <http://www.jornada.unam.mx/2009/08/17/estados/032n1est>
- García, C. (2010, 1 de septiembre). Saldrán libres 6 campesinas de Guanajuato presas por abortar. *La Jornada*. Recuperado el 6 de noviembre de 2014 de <http://www.jornada.unam.mx/2010/09/01/estados/035n1est>
- García, C. (2015, 30 de julio). Descarta Conavim declarar alerta de género en Guanajuato. *La Jornada*. Recuperado el 30 de julio de 2015 de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/07/30/innecesario-declarar-alerta-de-genero-en-guanajuato-determina-conavim-2429.html>
- Geertz, C. (1997). *El antropólogo como autor*. Barcelona, España: Paidós.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida-GIRE. (2016). de [Gire.org.mx](http://www.gire.org.mx): <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto/cifras>
- Gobierno de Guanajuato. (2013). Programa de gobierno 2012-2018. Guanajuato: Autor.
- Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Autor. Disponible en <http://pnd.gob.mx>
- Gobierno de la República. (2016). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Informe Ejecutivo. México: Autor.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M. I. y Olaiz-Fernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a

- 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47 (3), 209-218.
- González Montes, S. (1999). Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México. En S. González Montes (Coord.), *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*. México: El Colegio de México.
- González Ruiz, E. (2006). *Cruces y sombras: perfiles del conservadurismo en América Latina*. México: s/e.
- Gough, I. (2007-2008). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global* (100), 177-202.
- Gubber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Gutiérrez Márquez, L. F. (2012). Programa de Gobierno Municipal de Guanajuato 2012-2015. Guanajuato, México: Municipio de Guanajuato.
- Gupta, A. (2015). Fronteras borrosas: el discurso de la corrupción, la cultura de la política y el estado imaginado. En P. Abrams, G. Akhil y T. Mitchell, *Antropología del estado* (pp. 71-144). México: Fondo de Cultura Económica
- Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional-PAN. (2013, 3 de octubre). Iniciativa de Ley para la Juventud del estado de Guanajuato. Recuperado el 10 de mayo de 2016 de <http://www.congresogto.gob.mx/uploads/archivo/archivo/2427/62171.PDF>
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Harbour, W. R. (1985). *El pensamiento conservador*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editor Latinoamericano.
- Hernández, D. (2014a, 23 de septiembre). En Guanajuato, el PAN busca eliminar derechos sexuales de iniciativa de ley. *Animal Político*. Recuperado el 5 de septiembre de 2016 de <http://www.animalpolitico.com/2014/09/en-guanajuato-el-pan-busca-eliminar-derechos-sexuales-de-la-ley/>
- Hernández, D. (2014b, 1 de octubre). PAN se arrepiente: no eliminará derechos sexuales de la Ley de la Juventud de Guanajuato. *Animal Político*. Recuperado el 5 de septiembre de 2016 de <http://www.animalpolitico.com/2014/10/pan-se-arrepiente-eliminara-derechos-sexuales-de-la-ley-de-la-juventud-de-guanajuato/>.
- Hevia de la Jara, F. (2009, mayo-agosto). Relaciones sociedad-Estado: análisis interactivo para una antropología del Estado. *Espiral* (45), 43-70.
- Hevia de la Jara, F. (2007). El programa Oportunidades y la construcción de la ciudadanía. Ejerciendo y protegiendo derechos en un programa de transferencias condicionadas en México. Tesis de doctorado no publicada. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1921). Censo General de Población y Vivienda 1921. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1921/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1930). Censo General de Población y Vivienda 1930. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1930/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1940). Censo General de Población y Vivienda 1940. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1940/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1950). Censo General de Población y Vivienda 1950. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1950/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1960). Censo General de Población y Vivienda 1960. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1960/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1970). Censo General de Población y Vivienda 1970. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1970/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1980). Censo General de Población y Vivienda 1980. Archivo de excel recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1980/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (1990). Censo General de Población y Vivienda 1990. Archivo de excel recuperado de http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv90_pt
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2000). Censo General de Población y Vivienda 2000. Archivo de excel recuperado de http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv00_pt
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2008). Guanajuato. México en cifras. Disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=11>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/consultar_info.aspx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (s/f-a). Mapa digital de México. Disponible en <http://gaia.inegi.org.mx/mdm6/?v=bGF0OjIxLjAxNjQyLGxvbjotMTAxLjI3NzIxLHo6MTQ=>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (s/fb). Natalidad y fecundidad. Banco de indicadores. Disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=1002000013&vind=metadato#divFV6200240470#D1002000013>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (s/f-c). Guanajuato. División municipal. Recuperado de http://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/gto.pdf
- International Pregnancy Advisory Services-Ipas. (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre aborto*. Carolina del Norte, Estados Unidos: Chapel Hill.
- Kliksberg, B. (2005, noviembre/diciembre). Hacia una nueva generación de políticas sociales en Latinoamérica: un análisis comparativo. *Revista de Administração Pública* (6), 1183-1228.
- Kurczyn, P. y Arenas, C. (2009). La población en México, un enfoque desde la perspectiva del derecho social. En L. M. Valdez (Coord.), *Derechos de los mexicanos: introducción al derecho demográfico* (pp. 57-79). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2014). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI/Universidad Nacional Autónoma de México.
- La Jornada*. (2016, 10 de septiembre). Marchan en 19 estados contra matrimonio igualitario. Recuperado el 10 de septiembre de 2016 de <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/09/10/inicia-marcha-por-la-familia-en-ciudades-de-la-republica>
- Lamas, M. (2009, marzo/abril). La despenalización del aborto en México. *Nueva Sociedad* (220), 154-172.
- Montaña, G. (Director). (2014, febrero). *Las Libres: la historia después de* [Documental]. México.
- Lavrin, A. (1991). *Sexualidad y matrimonio en la América Hispánica. Siglos XVI-XVIII*. México: Grijalbo.
- León Corona, B. (2011, enero). ¿Redención o conducción? Los efectos del Programa Oportunidades en los pobres. *Política y Cultura* (35), 131-160.
- Lerner, G. (1987). *The creation of patriarchy*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Lerner, S. y Quesnel, A. (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 (Comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México* (pp. 85-117). México: El Colegio de México.
- López-Calva, L. F. y Székely, M. (2006). *Medición del desarrollo humano en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Migdal, J. S. (2011). *Estados débiles, Estados fuertes*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Minello, N. (1998). De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica. En S. Lerner e I. Szasz (Coords.), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.
- Mitchell, T. (2015). Sociedad, economía y el efecto del Estado. En P. Abrams, A. Gupta, y T. Mitchell, *Antropología del Estado* (pp. 145-187). México: Fondo de Cultura Económica.
- Mittelman, J. H. y Tambe, A. (2002). Pobreza global y género. En J. H. Mittelman, *El síndrome de la globalización. Transformación y resistencia* (pp. 108-127). México: Siglo XXI.
- Monsiváis, C. (2008). *El Estado laico y sus malquerientes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Murillo, A. (2014, 18 de julio). “Movimiento sumando vida” pide congruencia al Estado sobre tema del aborto. *Periódico AM*. Recuperado de <https://www.am.com.mx/ws/local/movimiento-sumando-vida-pide-congruencia-al-estado-sobre-tema-del-aborto-126536.html>
- Mussetta, P. (2009). Más allá del Estado. Perspectivas y lineamientos para su estudio y definición. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, Argentina.
- Nisbet, R. (1995). *Conservadurismo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Nohlen, D. (2006). *Diccionario de ciencia política: teorías, métodos, conceptos*. México: Porrúa.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Oliet Pala, A. (1994). Aproximación al conservadurismo británico contemporáneo: Michael Joseph Oakeshott y Roger Scruton. *Nueva Época* (85), 217-236.
- Oniang' O, R. y Mukudi, E. (2002). *Nutrición y género*. Ginebra, Suiza: SCN.
- Organización de la Naciones Unidas-ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto: Autor. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Ortega Pérez, N. y Ruiz Seisdedos, S. (2005). Definición de problemas y diseño de la agenda. En M. Pérez Sánchez (Ed.), *Análisis de políticas públicas* (pp. 111-131). Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Ortiz-Ortega, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*. México: EDAMEX.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966, 16 de diciembre). Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones

- Unidas. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- Partido Acción Nacional-PAN. (1965). Proyección de principios de doctrina del Partido Acción Nacional, 1965. Recuperado el 2 de mayo de 2016 de <https://www.pan.org.mx/wp-content/uploads/2013/04/Principios-de-doctrina-1965.pdf>
- Partido Acción Nacional-PAN. (2002). Proyección de principios de doctrina del Partido Acción Nacional, 2002 Recuperado el 2 de mayo de 2016 de <https://www.pan.org.mx/wp-content/uploads/2013/04/Principios-de-doctrina-2002.pdf>
- Pellicer, I., Vivas-Elías, P. y Rojas, J. (2013). *La observación participante y la deriva: dos técnicas móviles para el análisis de la ciudad contemporánea. El caso de Barcelona*. EURE (Santiago), 39 (116), 119-139.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*. (2015, 13 de marzo). Decreto Número 271, pp. 16-19.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*. (2014, 16 de diciembre). Decreto número 205. Recuperado de http://periodico.guanajuato.gob.mx/downloadfile?dir=files_migrados&file=PO_200_3ra_Parte_20141217_0936_19.pdf
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*. (2009, 26 de mayo). Decreto 239, pp. 4-5.
- Pfeiffer, M. L. (2014). El bios: vida y potencia, su lugar en la biopolítica y la bioética. En M. B. Cragolini (Comp.), *Extraños modos de vida. Presencia nietzscheana en el debate en torno a la biopolítica* (pp. 67-77). Avellaneda, Argentina: Ediciones La Cebra.
- Prospera. (s/f). ¿Qué hacemos? Portal gob.mx. Recuperado el 29 de diciembre de 2012 de <https://www.gob.mx/prospera/que-hacemos>
- Rawls, J. (1995). *Teoría de la justicia*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Redacción Animal Político. (2017, 26 de julio). 2016, el año más violento en el sexenio de Peña; se cometieron casi 24 mil homicidios: INEGI. Recuperado de <http://www.animalpolitico.com/2017/07/2016-homicidios-inegi-pena/>
- Redacción Animal Político. (2013, 10 de abril). Conoce cuáles son los estados más antiabortistas. Animal Político. Recuperado el 3 de junio de 2015 de <http://www.animalpolitico.com/2013/04/conoce-cuales-son-los-estados-mas-antiabortistas/>
- Redacción Aristegui Noticias. (2016, 10 de mayo). Cada año al menos 400 mil embarazos de madres adolescentes. Aristegui Noticias. Recuperado el 11 de mayo de 2016 de <http://aristeguinoticias.com/1005/mexico/cada-ano-al-menos-400-mil-embarazos-de-madres-adolescentes/>

- Redacción Sin Embargo. (2012, 22 de marzo). Guanajuato es el estado con mayor población católica: INEGI. Sin Embargo. Recuperado el 27 de septiembre de 2014 de <http://www.sinembargo.mx/22-03-2012/188117>
- Redacción Vivir. (2015, 14 de diciembre). En América Latina, las mujeres trabajan más y ganan menos. *El Espectador*. Recuperado el 15 de diciembre de 2015 de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/america-latina-mujeres-trabajan-mas-y-ganan-menos-articulo-605483>
- Rodríguez, O. (2001). Prebisch: actualidad de sus ideas básicas. *Revista de la CEPAL* (75), 41-52.
- Rodríguez Wong, L. y Perpétuo, I. (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo, 1994*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Rossiter, C. (1986). *La teoría política del conservadurismo norteamericano*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editor Latinoamericano.
- Ruiz Seisdedos, S. y Bonometti, P. (2009-2010). Las mujeres en América Latina: indicadores y datos. *Revista de Ciencias Sociales de Costa Rica*, IV-I (126-127), 75-87.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Salles, V. y Tuirán, R. (2001). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En J. G. Figueroa, y C. Stern (Coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación* (pp. 93-126). México: El Colegio de México.
- Sánchez de Tagle, O. (2013, 9 de abril). Al año, 226 mujeres son denunciadas por aborto en México. Animal Político. Recuperado el 23 de marzo de 2015 de <http://www.animalpolitico.com/2013/04/nota-aborto/>
- Sanders, N. (2010, 1 de septiembre). Mujeres presas en Guanajuato esperan libertad tras la reducción de penas. CNN México. Recuperado el 8 de mayo de 2015 de <http://expansion.mx/nacional/2010/09/01/mujeres-presas-en-guanajuato-esperan-libertad-tras-la-reduccion-de-penas>
- Santos, T. D. (1998). La teoría de la dependencia: un balance histórico y teórico. En F. López Segrera (Ed.), *Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio dos Santos*. Caracas, Venezuela: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Schutz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Schweinheim, G. F. (2011, febrero). ¿Un nuevo desarrollo en América Latina? Implicancias en las políticas públicas, el Estado y la Administración. *Revista del CLAD* (49), 1-24.
- Secretaría de Gobernación-SEGOB y Consejo Nacional de Población-CONAPO. (2016, febrero). Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2015. Re-

- cuperado el 14 de mayo de 2016 de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/61594/Principales_resultados_2015.pdf
- Secretaría de Salud (2013). *Programa de Acción Específico. Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018*. Recuperado el 18 de marzo de 2015 de <http://cnegr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
- Segura, T. (2016, 4 de enero). Viven en la pobreza más de 78 mil capitalinos. *Periódico Correo*. Recuperado el 20 de agosto de 2016 de <http://periodicocorreo.com.mx/viven-en-la-pobreza-mas-de-78-mil-capitalinos/>
- Sen, A. (1979, 22 de mayo). *Equality of What? The Tanner lecture on human values*. Estados Unidos: Stanford University. Recuperado de http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Sen-1979_Equality-of-What.pdf
- Sen, A. (1999a). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Sen, A. (1999b). *Sobre ética y economía*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, España: Planeta.
- Sen, A. (2002, abril). Desigualdad de género. La misoginia como problema de salud pública. *Letras Libres* (40), 42-48.
- Sen, A. (2003). *Rationality and freedom*. Cambridge, Inglaterra: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Sen, A. (2004). Capacidad y bienestar. En M. C. Nussbaum y A. Sen (Comps.), *La calidad de vida* (pp. 54-83). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. México: Taurus.
- Se puede/Se hace. (2015). Testimonios visuales sobre el aborto. Recuperado el 8 de mayo de 2015 de <https://sepuedesehace.wordpress.com/>
- Stern, C. y Menkes, C. (2008). Embarazo adolescente y estratificación social. En S. Lerner e I. Szasz (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (págs. 347-396). México: El Colegio de México.
- Stolowicz, B. (2012). *A contracorriente de la hegemonía conservadora*. México: ITACA/ Universidad Autónoma de México-Xochimilco.
- Tetreault, D. V. (2012). La política social y los programas para combatir la pobreza en México ¿Oportunidades para quiénes? *Estudios críticos del desarrollo, II* (2), 41-74.
- Tobar, F. (2016, 20 de noviembre). UNFPA América Latina y el Caribe. Recuperado el 26 de noviembre de 2016 de <http://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version.pdf>
- Transparencia Presupuestaria. (2016). Consulta el desempeño por Meta Nacional o Estrategia Transversal. Recuperado el 11 de noviembre de 2016 de Obtenido de <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/programas#consultas>

- Tuñón, J. (2008). Ensayo introductorio. Problemas y debates en torno a la construcción social y simbólica de los cuerpos. En J. Tuñón (Comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México* (pp. 11-65). México: El Colegio de México.
- Twinam, A. (1991). Honor, sexualidad e ilegitimidad en la Hispanoamérica colonial. En A. Lavrin (Coord.), *Sexualidad y matrimonio en la América hispánica. Siglos XVI-XVIII* (pp. 127-172). México: Grijalbo.
- Ureste, M. (2014, 28 de marzo). Permiso de paternidad en México: ¿mini vacaciones de 5 días? Animal Político. Recuperado el 14 de junio de 2015 de <http://www.animalpolitico.com/2014/03/permiso-de-paternidad-en-mexico-unas-mini-vacaciones-pagadas-de-5-dias/>
- Valenzuela, M. E. (2003). Desigualdad de género y pobreza en América Latina: separata. En M. E. Valenzuela (Ed.), *Mujeres, pobreza y mercado de trabajo: Argentina y Paraguay* (pp. 15-66). Santiago, Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Welti Chanes, C. (2001). *La fecundidad adolescente en Guanajuato*. Guanajuato, México: Consejo Estatal de Población.
- Zavala de Cosío, M. E. (1990). Políticas de población en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 52 (1), 15-32.
- Zemelman, H. (2000). *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. México: El Colegio de México.
- Zemelman, H. (2009). *Uso crítico de la teoría*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Zemelman, H. (2013). *El análisis de coyuntura como desafío metodológico del pensar político*. México: Instituto Pensamiento y Cultura en América Latina.
- Zepeda, M. (2014, 15 de abril). Por 1a vez, Segob admite una alerta de género; Guanajuato está en la mira. Animal político. Recuperado el 22 de febrero de 2016 de <http://www.animalpolitico.com/2014/04/por-la-vez-segob-admite-una-alerta-de-genero-guanajuato-esta-en-la-mira/>

*Conservadurismo y el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
El caso de las mujeres en situación de pobreza en Guanajuato*

Núm. 2

Se terminó de editar en octubre de 2017

en Epígrafe, diseño editorial

Verónica Segovia González

Niños Héroes 3045, interior A-1, Jardines del Bosque

Guadalajara, Jalisco, México

La edición consta de 1 ejemplar