

MÁSTER EN IGUALDAD Y GÉNERO EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO



INTERUNIVERSITARIO 2011/2013. 5ª Edición

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DENTRO DE  
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: UN ANÁLISIS,  
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DE LAS ACTITUDES Y  
REPRESENTACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Presentado por: Purificación Leal Docampo

Dirigido por: Ana Martí Gual  
Doctora en Sociología, profesora UJI. Departamento de Filosofía y  
Sociología

Vigo, 22 septiembre 2013



### **Siglas y abreviaturas utilizadas**

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

ATS: Ayudantes técnicos sanitarios

AVO: Anticonceptivos vía oral

DIU: Dispositivo intrauterino

## Contenido

Agradecimientos .....	5
Prefacio .....	6
CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO.MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	12
2.1. El personal de enfermería ante la interrupción voluntaria del embarazo.....	12
2.2 Entre la represión y el delito, el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad, su embarazo e IVE.....	14
2.3 Evolución en derechos sobre la IVE.....	17
2.4 Los datos estadísticos sobre IVE .....	20
2.5 La perspectiva de la mujer en el modelo androcéntrico.....	21
2.5.1 Darse permiso para vivir un cuerpo sexuado sin que sea pecado, una maternidad sin que sea impuesta y una interrupción voluntaria del embarazo sin que sea delito.....	21
2.5.2 Biopolítica, Religión y Ética.....	26
2.5.3 De las actitudes a los sentimientos ante el aborto.....	29
2.6 Reivindicaciones y limitaciones feministas .....	32
CAPITULO 3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....	35
3.1 Objetivo general.....	36
3.1.1 Objetivos específicos .....	36
3.2 Hipótesis principal .....	37
3.2.1. Hipótesis derivadas .....	37
3.3 Elección y justificación de la metodología empleada.....	39
3.4. Diseño de los perfiles de las personas a entrevistar.....	42
3.5. Trabajo de campo.....	42
CAPITULO 4. RESULTADOS.....	45
4.1 El derecho a decidir .....	47
4.1.1 Desde la conciencia de cada mujer .....	48
4.1.2 Desde el cuerpo de la mujer.....	49
4.1.3 Se cuestiona desde la inexperiencia.....	49
4.1.4 Se sentencia desde la experiencia .....	50
4.1.5 Desde la pareja-hombre .....	51
4.2 De la experiencia personal a la profesional .....	51
4.3. La conjunción del pensamiento católico y feminista.....	56
4.4. Sometimiento al mandato patriarcal católico.....	58
4.5. La Reforma de la actual Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos .....	63
4.6. Poder decidir a los 16 años .....	67
4.7. La formación en materia sexual-género.....	71

4.8. Objeción de conciencia sí, pero con alternativas .....	75
4.9. La reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos .....	78
CAPITULO 5. REFLEXIONES FINALES .....	83
5.1. Conclusiones .....	83
5.2. Algunas propuestas o medias para garantizar la salud sexual de las mujeres. ....	88
5.3 Posibles líneas de investigación.....	90
BIBLIOGRAFÍA .....	91
ANEXO.....	98
Anexo I. Perfiles completos de las personas entrevistadas.....	98
Anexo II Guión de la entrevista .....	105

## Agradecimientos

Este Trabajo Fin De Máster ha sido posible con la participación de las instituciones y personas a las que quiero mostrar mi agradecimiento:

A Ana Martí Gual, directora de este trabajo, por su orientación e inmensa paciencia en descifrar la complejidad de un lenguaje producto de la dispersión de mi pensamiento. Por su permanente apoyo y “ánimo”... Por su disponibilidad a mis tiempos... Por enseñarme y guiarme hasta el final.

A la Fundación Isonomía y la Universidad Jaume I, por darme la oportunidad de realizar este Máster. En especial, a Anna Sales, Antonio Villar y Violeta Isusi, de dinamización del Máster, por marcarme el rumbo y resolver mis dudas a lo largo de estos dos años. A Ana María Luna de UJI, por acertar a motivarme cuando iba a tirar la toalla, y al coordinador y profesor del Máster, Santiago García Campá, por facilitarme llegar a puerto. Y en general a todo el profesorado del Máster por ampliar mis conocimientos y mis horizontes en la deconstrucción del sistema sexo-género.

De modo especial, quiero agradecer a todo el personal de enfermería entrevistado, Lourdes, Ana, Rosina, Carlos, Isa, Jacinto, Conchi, Nuria, Lidia, David, Yolanda, Laura, Ángeles y Rosa, su generosa e incondicional participación, sin la cual no sería posible este trabajo.

Por último, a mis amistades y familia por comprender y aceptar el tiempo que les he negado. Y, sobre todo, a Naty y Javi por estar siempre ahí y responder a mis limitaciones y atascos informáticos.

## Prefacio

Año 1983, recién obtenida la Diplomatura de Enfermería, con muchos sueños e inquietudes, con ganas de descubrir otros mundos y de ofrecer ayuda a aquellas persona que se encontrasen en la marginalidad, sin encontrar alguna asociación de voluntariado que no fuese religiosa, me aventuré en a viajar a Venezuela donde residían unos familiares. Una vez allí, las trabas de convalidación de un título universitario extranjero me hicieron desistir de mi objetivo inicial. En cambio, surgió la curiosidad por nuevos aprendizajes como fue el adentrarme en el mundo de la sexología, hasta entonces materia ignorada por mí. Por primera vez asistí a una charla sobre Educación Sexual en la Facultad de Psicopedagogía donde cursaba estudios una prima. Por primera vez hice acompañamiento a una mujer que decidió abortar ante un embarazo no planificado. Por primera vez hablé sin tapujos de sexualidad y de las interrupciones de embarazos por abortos inducidos. Y, por primera vez, tomé conciencia de las limitaciones a las que había estado sometida mi formación académica como enfermera. Una formación que, desde un enfoque integral de la salud, estaba orientada a promover y mejorar la salud humana en todas sus facetas, y donde se obviaba el abordar la salud sexual pero no la salud reproductiva. Pasaron tres décadas y los planes de estudios en relación con esta materia no han cambiado, la sexualidad reproductiva se impone y el resto se ignora. Mientras una gran parte de la población sigue recreando el “hay ropa tendida”, que escuchaba cuando era niña, al hablar de cualquier tema relacionado con el mundo de la sexualidad y sobre todo del aborto. Cabe preguntarnos ¿A quién beneficia el ocultamiento de esta realidad?

Mientras tanto, la cultura patriarcal sigue atrapando el cuerpo y la sexualidad de las mujeres a través de modelos. “Barbiessexis” que buscan ser objeto de deseo. “Princesas” que buscan al príncipe azul para que les despierte su mundo erótico y las lleve al orgasmo. “Reinas decentes” que aseguren la transmisión del capital genético del Hombre. “Evas pecadoras” que cargan con la culpa de una historia que semeja tan inverosímil como interminable...Y, como siempre, la finalidad es la reproducción dentro de un contexto de heteronormatividad.

Resistencias a esta realidad las observo en el día a día de mi trabajo entre colegas de enfermería. Realidades silenciadas que, por otro lado, se me revelan a través de la alianza terapéutica como psicóloga o en talleres de sexualidad en clave de tomar conciencia y compartir. De aquí mi necesidad de seguir profundizando en la percepción que tiene la población de la opresión del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, de la violencia institucional que se ejerce a través de la penalización del aborto sobre las mujeres y que en ocasiones es aplaudida públicamente por muchas de ellas.

## CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y la salud reproductiva deberían entenderse como independientes. Sin embargo, en el sistema sanitario prima el abordaje de la última quedando invisibilizada la salud sexual. Esto se hace más evidente en las mujeres, reduciendo su salud sexual a su capacidad reproductora. Para poder abordarlas adecuadamente es necesario diferenciarlas y por tanto definir las.

La salud sexual se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es mera ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.” (Cabello 2010:15)

Se considera la salud reproductiva un estado general un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de simple ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como sus funciones y procesos: desde la prevención y control de los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y postparto, a las técnicas de reproducción, a la prevención de embarazos no deseados, y a las interrupciones voluntarias del embarazo. Todo ello requiere condiciones y garantías sanitarias, evitando los riesgos que de ello pudiera derivarse. Por tanto implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y segura, sin riesgos de embarazos no deseados. Disfrutar de salud reproductiva requiere también el acceso a recursos y servicios públicos de calidad (Federación de Planificación Familiar de España, 2005:4)

De otro lado, se entiende por derechos sexuales y reproductivos aquellos que garantizan el desarrollo de una vida sexual y reproductiva plenas, basadas en la libertad, dignidad y autonomía de las personas. Para que la salud sexual y reproductiva se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.

Los **derechos sexuales** incluyen el derecho de toda persona a una vida sexual libre, satisfactoria y segura, libre de coerción, discriminación y violencia, y el reconocimiento a todos los efectos de las distintas opciones sexuales: a disponer de información relacionada con la sexualidad, a la educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas y adaptada a las necesidades de las distintas etapas del desarrollo evolutivo de la persona; al respeto a la capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre su vida sexual; al acceso a los servicios de información, asesoramiento y atención adecuada que contribuyan al bienestar sexual. Los **derechos reproductivos** se basan en el reconocimiento y respeto de la capacidad para decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos, el número que se desea tener, el momento y su frecuencia. Incluye el derecho a la información, la educación sexual, y al acceso a los medios y recursos necesarios para llevar a efecto sus opciones reproductivas. Es decir a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles, a la interrupción voluntaria del embarazo y a las



técnicas de reproducción. Supone por tanto el derecho a acceder a los servicios adecuados. (Federación de Planificación Familiar de España, 2005:4-5)

Como puede observarse, estos derechos recogen que todas las personas son libres para tomar decisiones sobre la posibilidad de procrear y de regular la fecundidad, incluido el aborto, sin sufrir discriminación, y de disponer de la información y medios para ello. El ejercicio de estos derechos requiere de políticas que velen por la igualdad entre mujeres y hombres, dado los condicionantes que marca el género en la construcción de representaciones y comportamientos sexuales y reproductivos.

En el campo de la salud, durante siglos, la visión de sus profesionales sobre la sexualidad implicaba una reducción a fines procreadores, a sus posibilidades somáticas de genitalidad y conductuales de heterosexualidad. Esto no hacía sino legitimar la moral dominante, al considerar como desviada o patológica cualquier manifestación de la sexualidad que fuera moralmente indeseable o jurídicamente perseguida (López, 1990:11). Por ello, nos planteamos la importancia de conocer las actitudes del personal sanitario ante los cambios legislativos que se han producido en nuestro país en los últimos años, sobre todo con la entrada en vigor de la Ley Orgánica de 2/2010, 3 de marzo, que recoge los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo; aspecto, este último, de gran repercusión en la salud de las mujeres y de permanente debate socio-político al punto de llevar aparejada su modificación con el cambio de gobierno actual.

Por otro lado, ante la ausencia de estudios con respecto a las actitudes del personal sanitario ante la legislación actual de los derechos sexuales y reproductivos o las representaciones que puedan tener sobre el aborto, se consideró pertinente realizar este trabajo de investigación focalizándolo en el personal de enfermería, por seguir siendo un colectivo feminizado y porque se considera que, dentro del área sanitaria, puede aportar información relevante dada su posición privilegiada en contacto permanente con la salud de la población, lo que le permitiría tener acceso a la experiencia humana ante el aborto, que a su vez podría influir en su perspectiva personal.

Partiendo de la **hipótesis** de que los testimonios del personal de enfermería por las características de su trabajo pueden ser de gran relevancia ante un tema tan debatido actualmente como la legislación del aborto, y esperando encontrar, en general,

actitudes a favor de la libertad de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su embarazo y su reproducción, nuestro **objetivo** ha sido la producción de conocimiento explícito sobre la interrupción voluntaria del embarazo, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, a través de la reflexión del personal de este colectivo sanitario, de modo que le permita explorar la capacidad de representarse y de percibirse desde las vivencias y conocimientos, así como de su práctica laboral diaria. Su aportación se considera que será relevante en cuanto se orienta a identificar las realidades desde su visión personal y profesional, a la vez que se fomenta el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo sobre el tema, los condicionantes religiosos, biomédicos, éticos y legales que lo rodean y las estrategias sanitarias que se adoptan para favorecer que las mujeres tomen la decisión respecto a su cuerpo, sexualidad y reproducción.

A la hora de analizar los distintos puntos de vista sobre una misma realidad, es decir, la actitud y percepción ante los derechos sexuales y reproductivos, resulta significativo reflexionar sobre el porqué de la actitud paternalista y de tutelaje que sobre el cuerpo de la mujer siguen manteniendo las instituciones; el porqué, siendo una práctica extendida a lo largo de la historia de la humanidad y en todos los países, sigue habiendo posturas a favor y en contra del aborto, o qué intereses oculta su tabuización. Conviene reflexionar sobre las relaciones que las mujeres establecen con su cuerpo antes y durante el embarazo, y cómo pueden estar influidas por ideas convencionales de naturalización de la maternidad a través del llamado impulso biológico de la mujer o la sacralización que ha hecho la Iglesia de la maternidad y de la vida del *nasciturus*. Conviene plantearse si, en un estado aconfesional como el nuestro, deberían estar separados los posicionamientos convencionalistas religiosos de los éticos, jurídicos y médicos. Si existe un menoscabo de quienes practican la interrupción voluntaria del embarazo, o cómo afecta la objeción de conciencia del personal sanitario permitido en la legislación vigente, dado que es un enfrentamiento entre un deber moral y un jurídico “es una forma de resistencia hacia la norma, siempre que dicha reserva se produzca por la aparición de un conflicto entre las obligaciones morales o religiosas de la persona y el cumplimiento del precepto legal” (Fernández, E. 1994:58)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Fernández, E. (1994) *Introducción a la Teoría del Derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch; pp.58. Citado en Opinión “Matronas y objeción<sup>1</sup> Fernández de conciencia”. *Rev. Rol Enfermería* 1999; 22(6) nº 168, pp. 38..

Este estudio se ha llevado a cabo desde una metodología cualitativa, “por la riqueza heurística de las producciones discursivas” obtenidas mediante entrevistas abiertas que permiten acceder a las representaciones individuales que son construidas socialmente en el grupo referencia. El análisis de este trabajo se ha realizado desde una perspectiva de género para poder visibilizar las implicaciones de la desigual posición entre mujeres y hombres en relación a la sexualidad y la reproducción, donde la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo supone un mecanismo de control sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer al servicio de las clases dominantes.

Para facilitar la exposición de los resultados, tras el análisis de la información recabada durante las entrevistas abiertas, éstos se han agrupado en bloques temáticos que dan cuenta de las hipótesis planteadas y los objetivos perseguidos, y donde se señalan la diversidad de opiniones y representaciones encontradas en el personal de enfermería. Los resultados, a su vez, constatan que la mayoría del personal de enfermería, se posiciona a favor del aborto tal como lo recoge la legislación vigente, a decir, están a favor del derecho de la mujer, a partir de los 16 años, a tomar libremente esa decisión en los plazos marcados por la ley, por lo que se oponen a su reforma. Se aprecia cómo el contacto con la realidad, a través de la experiencia tanto personal como profesional, les permite defender los derechos sexuales y reproductivos de la mujer por encima de su ideología o religiosidad, y sin distinción de sexo. En líneas generales, señalan las desigualdades que persisten en la sociedad actual, considerando a las ideologías conservadoras y a la Iglesia las causantes del sometimiento de la mujer a los mandatos patriarcales. La mayoría también defiende la objeción de conciencia, pero siempre y cuando no suponga un obstáculo para los derechos de la mujer a abortar. Se nota una falta de formación en materia de sexualidad, sobre todo desde una perspectiva de género, y una falta de concienciación en las reivindicaciones de los derechos en el área de salud sexual y reproductiva por parte del colectivo de enfermería.

## **CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO.MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

Según Fortín (1999), la fase conceptual de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado. Planteado nuestro trabajo de investigación, se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos como PUBMED Y CIBERINDEX (que están especializadas en investigación médica y de enfermería respectivamente), DIALNET, REDINED, SCIRUS y GOOGLE ACADÉMICO, y el catálogo REBIUN, con el fin de recabar información acerca de lo sería nuestro objetivo de estudio, encontrándonos con pocas publicaciones que hagan una aproximación al tema que nos interesaba abordar, y ninguna que tratase de las actitudes y representaciones que tiene el personal de enfermería con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo desde su despenalización en nuestro país. Estos resultados reafirmaron la necesidad de continuar con el diseño de nuestro trabajo de investigación y, como encuadre conceptual, se recurrió a diversas fuentes bibliográficas que trataran la salud sexual y reproductiva y en especial el aborto.

### **2.1. El personal de enfermería ante la interrupción voluntaria del embarazo**

Teniendo en cuenta las desigualdades y discriminaciones que marca el sistema sexo-género en la salud sexual y reproductiva, la heteronormatividad de nuestra sociedad, donde la hegemonía de las relaciones heterosexuales coitales se contemplan desde la adolescencia, la conocida actitud conservadora ante el aborto de una parte de profesionales de la medicina, y la insuficiente formación del personal sanitario en materia sexual, cabe preguntarse cuáles son las actitudes, conocimientos y representaciones que sobre la interrupción voluntaria del embarazo tiene uno de los colectivos sanitarios aun muy feminizado, en concreto, el personal de enfermería.

En España, la visión del personal sanitario ha sido hasta hace poco moralizante; no hacía más que legitimar la moral judeocristiana dominante, al abordar la salud sexual sólo desde la vertiente procreadora y de evitación de riesgos. Esta visión negativa y reduccionista de la sexualidad, basada en modelos de riesgos (la mayoría de las veces heterosexual) y morales (de abstinencia y pecado), que tiende a limitar la expresión sexual sólo a procreación, a genitalidad falocéntrica, coitocentrismo heterosexual y de personas adultas, aún sigue siendo asumida por muchos profesionales de la salud, a veces inconscientemente. De ahí la importancia de revisar y cuestionar las actitudes dentro de uno de estos colectivos, el personal de enfermería, desde donde el abordaje de la sexualidad humana sigue siendo cuando no anecdótico, si deficitario, debido en parte a la falta de interés en una formación amplia en materia de sexualidad. Sólo estando abiertas y abiertos, y siendo tolerantes a las actitudes y comportamientos de la diversidad humana, se pueden modificar las creencias sexofóbicas y adquirir una visión sexofílica, positiva de la sexualidad humana, que vaya más allá del modelo biologicista y preventivo médico.

La historia de la Enfermería española arranca de la necesidad de tratamiento sanitario en la España del siglo XVIII, que llevará a la aparición de trabajadores para atender las mismas. Médicos sin titulación, formados en la práctica con médicos profesionales, que actuarán como auxiliares, sangradores o sanadores hasta la creación, con la Ley Moyano en el año 1857, de los denominados practicantes. Será en 1915 cuando se cree el título de Enfermería, que agrupó a los practicantes (hombres), a las enfermeras (mujeres) y a las matronas. En 1953 se produce la unificación de estos tres grupos de profesionales con el nacimiento de los ATS (ayudantes técnicos sanitarios) y, a principios de los ochenta, la integración definitiva en la universidad convertirá a los antiguos ATS en Diplomados Universitarios en Enfermería, que en fechas recientes ha conducido al Grado de Enfermería (García y Gozalbes, 2013:304-311)

Dado el encuadre de esta profesión, el discurso de enfermería ha estado históricamente subordinado al grupo de poder social dentro de la salud y a sus planteamientos positivistas biomédicos.

Enfermería ha sido participe de la atención patocéntrica, centrada en el poder de los conocedores (sabios del área), con direccionamientos rígidos sobre las decisiones de aquellos(as) con menos saber (usuarios(as)), bajo lineamientos positivistas (biologicistas) dominados por el paradigma categórico, lejos de la sensibilidad y realidad de quienes se intervienen. (Ramírez, Quintana, Sanhueza y Valenzuela, 2013:416)

Por otro lado, la Enfermería ha sido una profesión en la que sus integrantes han sido mayoritariamente mujeres, que han vivido en un mundo de inequidad y cuyas experiencias vivenciales las ha situado en un contexto particular al enfrentarse a problemáticas sociales y sanitarias, ya que el sistema patriarcal les ha encomendado el aspecto de cuidado, reconocidamente feminizado (Valdés, 2001:48-57)<sup>2</sup>. Sin embargo, y a pesar de seguir siendo un colectivo feminizado aún hoy día, la historia demuestra que la Enfermería, en las últimas décadas, ha dado saltos importantes en el posicionamiento filosófico sobre el cuerpo de conocimientos que le sustentan y el uso de los mismos en la práctica cotidiana y en los múltiples sectores en los que interviene (Ramírez, Quintana, Sanhueza y Valenzuela, 2013:415), así como en el desarrollo de actitudes críticas ante los patrones y las estructuras patriarcales. Al integrarse los estudios de enfermería en la Universidad (1977), se produce un gran cambio tanto a nivel académico como profesional, se pasa de concebirse como una profesión eminentemente técnica centrada en el cuidado y la curación de la enfermedad a orientarla a aspectos más preventivos y de promoción de la salud, todo ello “de acuerdo con las transformaciones sociales, las demandas y las necesidades de salud de la comunidad, actuando de forma competente y autónoma dentro de un equipo multidisciplinar” (González, Toral y Vázquez, 2009:71)

Así es, que el contacto permanente de la práctica profesional de enfermería con la experiencia humana aporta un vasto conocimiento sobre las realidades y necesidades de la población y, por tanto, ofrece un marco adecuado para analizar temas relacionados con la salud, a veces poco explorados como la salud sexual, a veces conflictivos como la interrupción voluntaria del embarazo.

## 2.2 Entre la represión y el delito, el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad, su embarazo e IVE

“Considerar la sexualidad como objeto de estudio antropológico nos lleva a una amplia gama de aspectos con los que abordar este tema (...) donde se hace necesario el análisis de la regulación y el control de la actividad sexual por instituciones tales como la familia, la religión, la ley, la

---

<sup>2</sup> Valdés, G. (2001) “Hacia un nuevo paradigma de articulación (no tramposo) de las demandas emancipatorias.” *Utopía y praxis latinoamericana*. 6(14):48-57. Citado en Ramírez, Quintana, Sanhueza y Valenzuela (2013) “El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería”. *Enfermería Global*. Nº 30

medicina, etc. (...) a detenernos en el estudio de las creencias y los comportamientos, de las normas y modelos de sexualidad, donde podremos apreciar la diversidad en las concepciones y prácticas sexuales de los diversos grupos culturales y la construcción social de la sexualidad”(Téllez, 2011:3)

Desde una perspectiva sexológica, la sexualidad como hecho consustancial al ser humano es una construcción cultural; se nace sexuado y se sexualiza en un proceso permanente a lo largo de toda la vida. Desde una perspectiva positiva de la sexualidad, la salud sexual es uno de los indicadores de calidad de vida de las personas. Una sociedad, cuando pasa a defender la calidad de vida y bienestar de la ciudadanía, incorpora la sexualidad como una dimensión positiva y multifuncional de sus individuos, suele cambiar la actitud hacia la anticoncepción y hacia la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y considera el embrión o el feto parte integrante de la mujer, y por tanto a ésta libre de tomar la decisión de continuar con el embarazo o de interrumpirlo. En los primeros debates sobre el aborto que se dieron en España ya se abordó como las actitudes que tenga una determinada sociedad hacia la sexualidad condicionan la decisión de abortar “Una concepción negativa del acto sexual lleva aparejada una actitud pública hostil hacia el aborto, por el contrario una situación en que el acto sexual está integrado en la normalidad de la conducta social lleva a una actitud permisiva frente al aborto” (Marsset, 1982:74).

Desde el punto de vista antropológico, las motivaciones que llevan a practicar la IVE pueden ser diversas y van desde las sociofamiliares, económicas, políticas, terapéuticas a las más personales. Aún dentro de las particularidades de cada cultura en cómo se lleve a cabo, en su aceptación o rechazo, se puede entender como un fenómeno universal que se ha dado a lo largo de los siglos. Según Nieto (1989:148) “parece que el manuscrito más antiguo, que se remonta a más de cuatro mil años y recoge métodos y formas de abortar, es un manuscrito chino (...) En Fiji, el aborto se consentía y era practicado por las mujeres que ocupaban el estrato social más elevado, en especial cuando los padres pertenecían a los estratos inferiores”. Si bien, también reconoce que ha sido un tema apenas abordado “el aborto, antropológicamente entendido, más que abandonado ha sido inexplorado. Podría decirse que ha sido doblemente silenciado al considerarse el tabú de los tabúes” (Nieto, 1989:144), lo que le convierte en “el monstruo de una sociedad a la que acecha desde la invisibilidad a la que ha sido confinado” (Lacombe, 2012:159)

Los derechos sexuales y reproductivos son los que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo sexuado. Las limitaciones en el ejercicio de estos derechos siguen existiendo por motivos políticos, económicos y religiosos, y afectan de manera especial a las mujeres por su papel en la reproducción y las relaciones históricas de desigualdad, exclusión y discriminación; además, están sujetos a la edad, clase, etnia, siendo más vulnerables a esta discriminación las mujeres más jóvenes, las inmigrantes, en situación marginal y de pobreza.

Desde un enfoque feminista, la prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo en la legislación de la cultura androcéntricas es un mecanismo de poder y de control sobre las mujeres, sobre sus cuerpos, su sexualidad, su autonomía y sus decisiones reproductivas. Se sabe que su prohibición y criminalización, lejos de reducir su práctica, supone un riesgo para la salud de las mujeres, con altos índices de morbilidad y mortalidad, ya que pasa a realizarse en la clandestinidad y en situaciones a veces poco salubres, sobre todo en el caso de las mujeres con pocos recursos y adolescentes. Un ejemplo que ilustra esto sería el narrado por Silber (2000)<sup>3</sup>, cuando se refiere textualmente a las palabras de un padre cuya hija adolescente murió durante un aborto inducido:

“Si yo le hubiera prestado atención a las leyes que hacen que el aborto sea ilegal antes de que pasará lo que pasó, yo con toda probabilidad hubiese estado de acuerdo. Pero ahora yo sé lo que hace la maldita ley: ¡mata a nuestras hijas!”

Históricamente, la no legalización del aborto ha llevado aparejada la discriminación de las mujeres según clase de pertenencia, pues su penalización ha conducido siempre al aborto clandestino, y éste, con garantías de seguridad para la mujer, sólo ha sido accesible a las mujeres de clase pudiente y a las clases sociales instaladas en el poder, con recursos suficientes para acudir a los servicios médicos que actúan clandestinamente o viajando al extranjero, a países donde el aborto era libre.

En nuestro país, hasta su despenalización, el aborto fue siempre una realidad oculta. La abogada y feminista Cristina Almeida<sup>4</sup> lo recuerda como:

<sup>3</sup> Silber, T. (2000) “Aborto en Dulanto: el Adolescente”. *McGraww-Hill Interamericana*. México. Citado en Marquina, Mary y Bracho, Cira (2007) “El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia”. *Rev. Cultura de los Cuidados* 2º semestre. Año XI. N° 22.

<sup>4</sup> Recogido por Gómez, Begoña (2013) “Se cumplen 40 años desde que se dictó la famosa sentencia Roe contra Wade que despenalizó el aborto en EEUU. Tanto allí como en España el debate sigue abierto” *Revista SModa El País*, 26 enero. Pág.28



“aquellos días en los que el aborteras trabajaban en cocinas que daban miedo, con un somatén que vigilaba desde la calle. Quién podía, se iba a Londres. Organizábamos colectas para pagar los viajes y aquello estaba completamente organizado, te ponían incluso una traductora si no hablabas inglés”

Hasta la aprobación de la Ley de supuestos de 1985 que lo despenaliza parcialmente o su ampliación con la Ley de plazos de 2010, estando éticamente cuestionado, religiosamente prohibido o legalmente perseguido, se considera que su práctica ha sido igual de grande que en la actualidad si bien la fiabilidad de las estadísticas es la que marca la diferencia entre la práctica clandestina y la legal. Los métodos abortivos utilizados han ido desde los populares como la introducción de raíces y tallos en la vagina, ingesta de infusiones de hojas y semillas, sobrecarga de ejercicio físico, inyecciones de suero salino, hasta los legrados o tratamientos actuales con misoprostol y aspiración al vacío.

### 2.3 Evolución en derechos sobre la IVE

Los organismos internacionales de derechos humanos indican que las leyes restrictivas sobre el aborto suponen una vulneración de los derechos fundamentales de la vida humana, la igualdad, la dignidad, la justicia y la libertad. Al negarle a las mujeres los derechos a tener una satisfactoria y segura vida sexual, defendidos desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1994, y donde se había acuñado el término “salud reproductiva” (Delgado y Barrios, 2007:11), se les está negando el reconocimiento como ciudadanas de pleno derecho.

Los derechos a la interrupción voluntaria del embarazo son una conquista lenta en todo el mundo. En España, la Ley Orgánica de 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva e IVE supuso la despenalización del aborto acogiendo a plazos, lo que dio un nuevo impulso a este reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y a la provisión de servicios de aborto seguro y accesible, permitiendo terminar con el estigma, la discriminación y la criminalización hacia las mujeres que deciden abortar.

Desde la perspectiva de género, se considera que rara vez se tiene conciencia del poder de dominio y control que se ejerce, de manera impositiva y visible, sobre la vida de las

mujeres a través de leyes y normas sociales como es el caso de la penalización del aborto. Esta perspectiva nos permite entender la compleja subordinación a la que están sometidas las mujeres a través de las intervenciones por parte del Estado sobre su cuerpo y su embarazo. Los movimientos feministas, como motor de cambio en esta legislación, aceptan los plazos establecidos por la Ley del 2010, si bien en su mayoría los juzgan insuficientes al considerar que cualquier penalización del aborto supone una práctica abusiva sobre la individualidad de cada mujer y busca una reafirmación femenina en su rol materno, lo que ha permitido históricamente relegarla a la esfera doméstica y del cuidado.

Los gobiernos, a través de sus políticas, han intervenido siempre en un sentido o en el contrario para establecer estrategias anticonceptivas o reproductivas, de control o expansión poblacional. Las leyes se modifican a tenor de cambios políticos que proporcionan nuevas formas de comportamiento social, a la vez que la realidad social es, en ocasiones, la que se adelanta e impone la modificación de las leyes. En el Código Penal español se observa claramente como las leyes son androcéntricas y hasta la Ley Orgánica de 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE, la mujer aparece como figura delictiva del aborto, lo que evidencia que no se han preocupado de la problemática del cuerpo y la sexualidad de la mujer, ni han tenido en cuenta sus intereses, pues éstos han estado siempre supeditados a los intereses generales patriarcales. Es necesario recordar que en España, hasta hace pocas décadas y durante siglos, las mujeres han estado bajo la tutela del hombre, fuera el marido, el padre o un hermano. El artículo 57 de la ley de 24 de abril de 1958 aún recoge “el marido debe proteger a la mujer, y esta obedecer al marido, (...) y hasta 1975, sin licencia del marido la mujer no podía trabajar, ni abrir cuentas en un banco, ni obtener el pasaporte o el carnet de conducir (...) En este afán por considerar incapaz a la mujer, hasta 1975 no se le reconocía patria potestad sobre sus hijos” (Marina, 2002:189).

Hasta 1985, el aborto ha estado prohibido prácticamente siempre. Si bien durante la etapa republicana del siglo XX, donde se desarrollaron principios igualitarios y progresistas que propiciaban un nuevo estatus para la mujer, se discutieron el control de la natalidad y la maternidad responsables, no se llegaron a aprobar los anticonceptivos y el aborto, con la excepción de la Ley de Reforma Eugénica del Aborto promulgada en Cataluña en 1936, que pretendía un cambio radical y donde la

mujer pasaba a tener el derecho exclusivo de decidir la interrupción voluntaria del embarazo (su vigencia apenas duró un año al ser derogada por el franquismo). Al término de la Guerra Civil española se agravaron las penas con la entrada en vigor de la Ley para la Protección a la Natalidad, contra el Aborto y la Propaganda Anticoncepcionista, el 24 de enero de 1941. El argumentario de esta nueva ley es un claro ejemplo de cómo se politiza el cuerpo de mujer “la política demográfica es una de las preocupaciones fundamentales del nuevo Estado. Y no se concibe una política demográfica eficaz sin abordar el problema de miles y miles de vidas que se frustran, antes de nacer, por maniobras criminales” (Sopeña, 1982:66).

En 1976, los grupos feministas se movilizan a nivel estatal para exigir la amnistía de mujeres condenadas por los llamados “delitos específicos” entre los que figura el aborto (Gutiérrez, 2010:19). Los Códigos Penales de 1938 determinaban en el artículo 417 que

“él que de propósito causare un aborto, será castigado: 1º) con la pena de prisión mayor si ejerciera violencia de la mujer embarazada; 2º) con pena de prisión menor si, aunque no la ejerciera, obrase sin consentimiento de la mujer; 3º) con el arresto mayor si la mujer lo consintiere. Cuando a consecuencia del aborto resultare la muerte de la mujer embarazada, se impondrán las penas respectivas en su grado máximo. En cuanto a la pena que se le impone a la mujer que produce su aborto, o consintiera que otra persona se lo cause, se sanciona en el citado Código con la pena de arresto mayor (artículo 418)” (Sopeña, 1982:65).

En 1978 se legalizó el uso de anticonceptivos, y sólo en fecha tan tardía como 1985 se hizo efectiva una ley que despenalizaba parcialmente el aborto, quedando indicada sólo en tres supuestos: de riesgo para la vida de la madre, su salud física o psíquica (aborto terapéutico), de riesgo de malformaciones en el feto (aborto eugenésico), o como consecuencia de una violación (aborto ético) (Marques y Osborne, 1991:241)

Cuanto más amplia es la legislación a favor del aborto, mejor se garantiza el derecho de la mujer sobre su cuerpo y se evitan la clandestinidad y los riesgos para la salud, así como la discriminación de clase y etnia que conlleva. Con la Ley Orgánica de 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva e IVE (Ley de plazos), el acceso al aborto legal, seguro y gratuito garantiza la salud sexual de las mujeres, parte indiscutible de su salud integral, y le da libertad para decidir sobre su embarazo hasta la catorce semana (decisión libre de la mujer), hasta las veintidós semanas (si hay riesgo para la madre o malformación fetal), y después de las veintidós semanas (excepcionalmente, en casos de

inviabilidad). Además, se rebaja a la edad de 16 años la capacidad exclusiva de poder decidir y consentir sobre la interrupción voluntaria del embarazo

En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo. (apartado 4 del art.13)<sup>5</sup>

## 2.4 Los datos estadísticos sobre IVE

“El número de abortos se publica en la mayor parte de países que afrontan el problema con realismo. En los países que siguen una política de complicidad y de silencio, la especulación sustituye a las cifras. Su práctica se humaniza con una política realista. Se corrompe con una política de ocultamiento” (Amezúa, 1978:50)

La penalización del aborto ha determinado un gran subregistro de casos para poder elaborar estadísticas fiables. En nuestro país, los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>6</sup> están disponibles desde 2002 hasta 2011, y cifran en 118.359 el número de mujeres que han abortado en este último año. Si bien el número de abortos ha crecido paulatinamente desde el año 2002, en los años 2008 y 2011 se han registrado ascensos importantes, y las voces expertas acusan a la crisis económica como el factor principal para no seguir adelante con esos embarazos. El perfil de las mujeres que deciden abortar está en la franja de edad de 20 a 34 años, y los expertos aseguran que los casos de menores, de 16 y 17 años, que acuden sin contar con el consentimiento parental son escasísimos. En el último año de registro, el mayor porcentaje de número de abortos realizados según semanas de gestación se sitúa antes o en la octava semana de gestación, siendo la mayoría realizados en centros privados y a petición de la mujer.

La OMS advierte de que 47.000 mujeres mueren cada año en el mundo por interrumpir su embarazo de forma clandestina e insegura, la mayoría en países de África, Asia y

<sup>5</sup> En el BOE nº 55, 4 de marzo 2010. Sec. 1 Pág. 21009. <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

<sup>6</sup> En Salud Pública. Profesionales. Datos Estadísticos sobre IVE [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)

América Latina, donde existen leyes restrictivas al respecto. Además la Asociación de Clínicas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Acai)<sup>7</sup>, refiere que en nuestro país, durante 1976, y según datos del Ministerio de Justicia, se producían 100.000 abortos clandestinos y se morían entre 200 y 400 mujeres al año. Con la ley de supuestos de 1985, la mortalidad se redujo a un 0,6 por cada 100.000 mujeres. Además un estudio llevado a cabo por dicha asociación en el 2012, arroja que un 62,35% de mujeres confiesa que volvería a abortar aunque cambiase la legislación.

## 2.5 La perspectiva de la mujer en el modelo androcéntrico

### 2.5.1 Darse permiso para vivir un cuerpo sexuado sin que sea pecado, una maternidad sin que sea impuesta y una interrupción voluntaria del embarazo sin que sea delito

El derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo implica superar la castración a la que estuvo sometida durante siglos la sexualidad femenina, al igual que la sacralización de la maternidad; supone darse permiso legítimo para descubrir y vivir un cuerpo sexuado, sin que esto sea pecado, y darse permiso para desear un embarazo sin que éste sea impuesto.

Desde un análisis sociológico, la situación de las mujeres en nuestra sociedad ha cambiado en las últimas décadas debido a las leyes y a un cambio en el orden social, con nuevos modelos de relaciones intersexo; sin embargo, perduran actitudes tanto personales como sociales que ignoran o cuestionan el derecho de cada mujer a ser verdaderamente una persona libre y autónoma, pues la mirada androcéntrica dificulta el propio cuestionamiento de este derecho a decidir libremente sobre su cuerpo. Se siguen interiorizando los viejos modelos patriarcales de apropiamiento de la sexualidad femenina y de heterosexualidad coital normativa donde la mujer estaba orientada a una sexualidad pasiva y receptiva a la agentividad activa del hombre.

---

<sup>7</sup> Durante una jornada organizada por el grupo parlamentario socialista en colaboración con Acai sobre *Leyes restrictivas y aborto provocado* que tuvo lugar en el Congreso de los Diputados el 31 de octubre de 2012. Información extraída del artículo de Paula Díaz *La OMS advierte a Gallardón: Restringir el aborto sólo provoca más mortalidad materna*. Diario digital El Público.es. 31 de Octubre de 2012. <http://www.publico.es/espana/444756/la-oms-advierte-a-gallardon-restringir-el-aborto-solo-provoca-mas-mortalidad-materna>

Nos decía Shere Hite (2003:50-70) que a pesar de que la hipótesis de que existe una naturaleza sexual es simplista, “quienes creen que la biología de hombres y mujeres (el pene sobresale y la vagina es interior) hace que los hombres estén destinados a empujar y las mujeres a aceptar, a ser pasivas y receptivas, se engañan”, sin embargo, “a las puertas del siglo XXI, muchos -especialmente los pornógrafos y otros- se aferraban todavía a los endebles indicios de la existencia de un punto G en el interior de la vagina, porque les permitía seguir afirmando que la penetración vaginal producía el orgasmo en las mujeres sanas”. Porque para la sociedad patriarcal el hecho de que la mujer alcance el orgasmo fuera del coito es un desafío a la virilidad o el placer masculino, de aquí que se diera en condenar a las mujeres a qué cambiasen (calificándolas de inmaduras), en lugar de condenar la institución del sexo construida por la sociedad. Prueba de ello fueron las teorías de reconocidos investigadores en el campo de la sexualidad como Freud (años veinte) o Kinsey (años cincuenta) que, aun sabiéndolo, siguieron afirmando que “la etapa final del desarrollo psicosexual es el coito heterosexual y reproducción” (Elberdin, 1999:44). A partir de aquí, profesionales de la psiquiatría, psicología y sexología etiquetaban de enfermas o inadaptadas a todas aquellas personas que no coincidiesen con el modelo de sexualidad madura, y “muchas mujeres se habían visto obligadas a iniciar tratamientos psicoanalíticos porque no podían alcanzar el llamado orgasmo vaginal. Las habían convencido de que llegar al orgasmo mediante la estimulación directa del clítoris como recurso principal era signo de inmadurez”<sup>8</sup>. Si bien esta polémica entre el placer a través del clítoris o de la vagina “era una polémica que transcendía la anatomía para entrar en las ideologías”<sup>9</sup> de lo que *debe ser*, tomando la noción de ideología en el sentido de la racionalización de los intereses de la clase dominante como refiere Efigenio Amezúa (1974:15), la realidad es que estudios en esta línea, como los de Hite, pusieron de manifiesto que la mayoría de las mujeres no alcanzaban fácilmente el placer sexual a través del coito pero si con la autoestimulación, lo que llevó a esta autora a concluir que “no son las mujeres quienes tienen un problema sexual, sino la sociedad la que tiene problemas para aceptar y comprender la sexualidad de las mujeres” (Hite 2003:58)

---

<sup>8</sup> Seymour Fisher, cita extraída de Elberdin, Luis (1999) “La polémica clítoris-vagina” XenpelarKulturdenda. Guipúzcoa.

<sup>9</sup> Efigenio Amezúa, cita extraída de Elberdin, Luis (1999) “La polémica clítoris-vagina” XenpelarKulturdenda. Guipúzcoa.

Haciendo un breve resumen histórico de cómo, para garantizar la estabilidad de las prácticas de producción-reproducción, la sociedad ha ido oprimiendo a las mujeres como fuerza de trabajo sexual y reproductor a través del sistema de normalidad heterosexual, nos encontramos que “el modelo jerárquico que ha dominado desde los tiempos antiguos hasta el siglo XVIII, presenta el cuerpo de la mujer inferior al del hombre y como una versión invertida de éste (...) se reconocía el orgasmo de las mujeres pero relegado a la periferia de la fisiología humana y vinculado a la reproducción y no como fuente de placer independiente” (Nieto, 1989: ). Si bien el pensamiento ilustrado que caracterizó el inicio de ese siglo supuso un salto cualitativo para las mujeres, sobre todo en el terreno intelectual, que les llevó a ocupar espacios públicos hasta entonces reservados solo para hombres, es también a finales de este siglo XVIII cuando las transformaciones políticas, económicas y culturales de la revolución industrial van a producir una diferenciación acentuada de los roles sexuales. A partir de aquí, las mujeres quedan relegadas al ámbito doméstico y se espera de ellas pasividad emocional y sexual, siendo sus metas más valoradas la maternidad y el cuidado de la familia. Como dice Rubin (1996: 114), “la organización social del sexo se basa en el género, la heterosexualidad obligatoria y la constricción de la sexualidad femenina”. La división del trabajo por sexos, puede ser vista como un tabú que divide los sexos en dos categorías mutuamente exclusivas, exacerbando las diferencias biológicas, de modo que qué recrea así el género e impone el matrimonio heterosexual donde la sexualidad femenina se canaliza hacia la procreación.

La influencia del discurso religioso y científico en una población masivamente analfabeta crece a medida que avanza el siglo XIX, consolidando la subordinación de la mujer en una sociedad que, paradójicamente, exalta el individualismo y progreso del hombre.

Crece el adoctrinamiento femenino por parte de la Iglesia, impregnándose de un creciente rigorismo moral de influencia burguesa. Se sostiene la inferioridad de las mujeres (por ejemplo en los manuales para confesores) y de ahí se pasa a predicarles la resignación y la sumisión como normas de vida (...) una creciente valoración de la virginidad como mérito religioso, al mismo tiempo que se presentaba la función de esposa y madre como el destino propio de las mujeres (Nielfa, 2009:1162).

Estas teorías sobre la inferioridad femenina fueron defendidas en todo el mundo a principios del siglo XX en tratados como el escrito por el médico Paul Julius Moebius que, bajo el explícito título “La inferioridad mental de la mujer”, circuló como texto científico entre la profesión médica y donde se encuentra la opinión sobre la mujer y el derecho en términos como “también la ley debe tener en cuenta la deficiencia mental fisiológica de la mujer. Nuestras leyes están hechas solamente por y para los hombres, y la legislación vale por los menores pero la ley penal juzga a las mujeres al nivel del hombre...y esto es injusto” (Facio, 2002: 75). Todos estos discursos médico-científicos y de ascendencia clerical, que vienen a confirmar que el hombre mantiene el poder absoluto sobre el mundo y la mujer, a la que modela según su conveniencia, perduraron en las identidades y estereotipos de la primera mitad del siglo XX, modelando las relaciones sexuales, la educación de la prole e incluso el voto. Las precursoras del sufragio femenino durante la Segunda República se vieron obligadas, en un primer momento, a defender el aplazamiento de este derecho por temor a un retroceso al conservadurismo, dado que la idea de inferioridad intelectual y psicológica de la mujer era mantenida incluso por los sectores progresistas como era el caso del diputado y catedrático de Patología en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, Roberto Nóvoa Santos que defendía “la inconveniencia de permitir el voto femenino basándose en peregrinos supuestos científicos que hacían relación a la naturaleza histérica e irreflexiva de la mujer, asegurando en la sesión de Cortes del día 2 de septiembre de 1931, que “el histerismo no es una enfermedad, es la propia estructura de la mujer, la mujer es eso: histerismo”(De Juana y Prada, 2011:121). El posterior sistema de control establecido por el régimen franquista vino a reforzar el sometimiento de la mujer al marido y a la familia.

A nivel sexual, desde la mirada feminista, el matrimonio siempre había planteado un peligro para las mujeres, debido a la equiparación del sexo con el coito y las exigencias sexuales egoístas de los maridos que debían ser satisfechas según la ley y las costumbres, lo que llamaban “prostitución legalizada dentro del matrimonio”. Las relaciones sexuales para las mujeres implicaban un peligro, tanto por poder ser contagiadas de enfermedades venéreas contraídas por los maridos que acudían a la prostitución, como por quedarse embarazadas, por eso a principios del siglo XX se produjo un alzamiento feminista en apoyo a la anticoncepción que insistía en que era innecesario pagar el precio de la abstinencia sexual por la autodeterminación



reproductiva y que la gratificación sexual era buena para las mujeres (DuBois y Gordon, 1989:51-77). Sin embargo, hasta las últimas décadas del siglo XX, en nuestro país no se ha podido desvincular sexualidad y reproducción. Con la aprobación de la Constitución Española de 1978, año en que también se legalizan los anticonceptivos, se inicia la igualdad formal entre sexos. A partir de aquí, la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral, los cambios en la estructura familiar, así como el descenso de la mortalidad y aumento de esperanza de vida, y los avances médico-científicos en materia anticonceptiva, van a propiciar una visión más positiva de la sexualidad y el aborto. Pero a pesar de todos estos logros, en la actualidad aún perdura la heteronormatividad o tiranía del modelo sexual hegemónico heterosexual; y es que paralelamente a estos avances en igualdad entre sexos, que conlleva una posición o agentividad sexual activa de las mujeres, persiste la idea del binomio sexualidad femenina-reproducción. Siguiendo a Nuria Gregori (2006:104), “nadie es capaz de burlar la vigilancia institucional sobre el cuerpo en nuestra sociedad”, como lo demuestra la colonización del cuerpo de la mujer y la regularización del comportamiento femenino, a través, y sobre todo, de la prescripción médico-científica. Porque “la biomedicina, así como los profesionales médicos que trabajan en ella, se constituyen como el brazo ejecutor de unos mandatos socioculturales que en nuestra sociedad naturalizan la diferencia sexual, focalizándola y definiéndola por sus funciones reproductoras y sus órganos diferenciales” (Gregori, 2006:117). La heterosexualidad, como describe Judith Butler(1993)<sup>10</sup>, lejos de surgir espontáneamente de cada cuerpo recién nacido, debe reinscribirse a través de operaciones constantes de repetición y de recitación de los códigos masculino y femenino socialmente investidos como naturales. Según las elaboraciones de la teoría *queer*, las expresiones del personal sanitario ante el reconocimiento de una morfología genital diferenciada, aparentemente descriptivas, “es una niña” o “es un niño”, pronunciadas en el momento de nacer, al igual que en el momento de la visualización de la ecográfica del feto, no son sino invocaciones performativas de género.

Estos performativos del género son trozos de lenguaje cargados históricamente del poder de investir un cuerpo como masculino o como femenino, así como de sancionar los cuerpos que amenazan la coherencia del sistema sexo-género hasta el punto de someterlos a procesos quirúrgicos de cosmética sexual (disminución del tamaño del clítoris, aumento de tamaño del

---

<sup>10</sup> Citado en Preciado, Beatriz (2011) *Manifiesto contrasexual*. Ed. Anagrama. Barcelona

pene, fabricación de senos de silicona, refeminización hormonal del rostro,...) (Preciado, 2011: 20).

Heteronormatividad que lleva a estigmatizar como algo antinatural o anormal las prácticas que no conlleven a la finalidad reproductora, como pueden ser las identidades transexuales u homosexuales. “Por primera vez en 1968, las instituciones médico-legales identificarán este accidente *contranatura* como institucionalmente amenazante para la estabilidad del sistema de producción de los sexos oponiendo la perversión a la normalidad heterosexual” (Preciado, 2011: 22). O, como sucede con el aborto, que hasta fechas recientes, su penalización ha sido el criterio dominante en nuestra legislatura, lo que ha conllevado, además de las sanciones penales y la estigmatización social, el sentimiento de culpa de la mujer por no querer seguir el embarazo y por tanto no cumplir con su papel principal de femineidad, ser madre.

Reconocer la culpa de no haberse querido quedar embarazada y haberlo hecho conduce a una sensación de pecado, aunque no se sea religiosa. La vivencia del aborto conduce en muchos casos a ese sentimiento de culpa. Y la culpabilidad conduce al tabú, de tal modo que, ni con el transcurso de los años y la intimidad, no se vuelve a mencionar o hablar de la experiencia (Pérez, Coira, Irazu, De la Torre, Silva y García-Nieto 2009)

Sentimiento de culpa que también es propiciado por un sector conservador de la clase médica que desea imponer su ideología a las mujeres bajo el manto protector de la objeción de conciencia

### 2.5.2 Biopolítica, Religión y Ética

Si bien tanto en la Antigüedad como en la Edad Media el embarazo y el aborto se consideraban cuestiones de mujer, es a partir de finales del siglo XVII que tanto el feto como el aborto pasan a ser cuestiones de Estado. Con el desarrollo científico de la medicina, que produce el conocimiento sobre la fecundación y el desarrollo embrionario en el cuerpo de la mujer, “aparece la figura del feto como elemento diferente de la mujer embarazada, como entidad autónoma (...), así nace el feto como entidad ontológica, biológica y política (...) y comienza a ser tutelado por el Estado (...) De esta manera el cuerpo de las mujeres se vuelve el centro y blanco de la biopolítica” (Carolina, 2011:5-6). A partir de aquí, la vida del feto se desvinculará del cuerpo de la mujer a la que se invisibilizará y tutelaré como un sistema de producción y reproducción de vida,

mientras el feto o el niño por nacer es dotado de derechos y cobrará valor sagrado además de biológico. Como recoge Catalina Bermúdez (2005:105) “La vida humana es sagrada (...) Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente”.

En palabras de Marina (2002:78-79), las religiones se encargan de proteger contra los poderes que nos desbordan y “de todas las zonas del obrar humano, las religiones se han interesado por la actividad sexual (...) por dos motivos: el misterio y el poder de la sexualidad (...) en especial la sexualidad femenina, se sacraliza al confundirse con el enigma milagroso del nacimiento”. En algunos estudios antropológicos se ha constatado que el rechazo de muchas religiones a la relación sexual, incluida la masturbación, la anticoncepción y el aborto, y admitida exclusivamente dentro del matrimonio y orientada a la procreación, la mayoría de las veces ha llevado a resultados contrarios a los esperados. Como mencionaba Nieto (1989:148-149), hace siglos, en Fiji “paradójicamente el número de abortos aumentó cuando los misioneros decidieron expulsar de la Iglesia a todas las mujeres cristianizadas que tuvieran relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio”, lo que también demuestra cómo se instala el tabú y la doble moral en relación con la sexualidad o ese conflicto permanente entre lo explícito (público) y la realidad (privado).

“Sólo las religiones cristiana, islámica y budista, entre las más importantes, han tenido en uno u otro momento de su historia el concepto de delito, de pecado, para cualquier tipo de aborto desde el momento de la concepción”(Marset, 1982:75). El uso alienador de las normas religiosas, y de la religión católica en el caso de nuestra sociedad, para determinar la conducta sexual de la población ha contribuido a marcar grandes diferencias de género y clase, ya que la eficacia del aborto clandestino está determinado en parte por los recursos económicos y la accesibilidad de los grupos sociales instalados en el poder. Como ya se exponía en los primeros debates sobre el aborto en España, la argumentación religiosa está basada en la idea de que la vida es un don recibido de Dios y del cual no puede disponer el hombre, y apoyada en la teoría de la humanización retardada que “defiende desde el momento de la fecundación el concepto de vida humana, en virtud de que en ese instante el huevo comienza a tener vida propia, (...) recibe animación-alma- en ese momento” (Pérez, 1982:30). A pesar de que

biológicamente no hay actividad metabólica y hormonal hasta los seis días de la fecundación, como ya sostenía Sopeña (1982:41): “la actividad cerebral, la verdadera vida vegetativa con actividad cerebral electroencefalográfica, comenzaría en la dieciocho semana del embarazo en que hay una diferenciación madre-placenta-feto (...los embriones y fetos de uno a seis meses son absolutamente inviábiles por inmadurez de sus órganos, cerebro, pulmón, corazón, hígado y órgano de la visión)”

Las tesis religiosas han sido discutidas y rechazadas tanto fuera como dentro del ámbito de la Iglesia Católica, encontrándose un gran pluralismo de posturas, desde respetar de por sí la vida iniciada en la fecundación humana pero teniendo en cuenta el conflicto de valores que pueda suponer poner en riesgo la vida y la salud de la madre hasta determinar los umbrales desde donde poder interrumpir el embarazo. Se considera, que una ley que permite el aborto no significa que la imponga a las conciencias individuales, “ya en la reflexión cristiana de hace siglos se decía que no necesariamente las leyes han de prohibir todo comportamiento que sea inmoral” (Élizari, 1982:88). Entendiendo el aborto como inmoral, Santo Tomás de Aquino<sup>11</sup> afirmaba que el alma animaba al cuerpo en una etapa tardía de la gestación, razón por la cual su destrucción en una etapa inicial no suponía una pérdida humana sino un pecado. En el año 1982, antes de la despenalización parcial, Manuela Arribas (1982:70) puso de manifiesto, en un estudio con mujeres que realizaron el aborto, que “a pesar de que la mayoría manifestó ser católica (...) tomar la decisión de abortar no les creaba problemas de conciencia”. Por tanto, habrá que tener en cuenta que “una cosa parece ser la ideología que se sostiene y otra el listón que la gente aplica a su propio caso particular” (Marques y Osborne, 1991:243)

Desde un punto de vista ético, el aborto se puede ver como un conflicto humano sobre las posibilidades de vida o realización de una mujer, o una familia, o un ser humano en gestación. Como todo conflicto de valores, en cada ocasión se soluciona dando prioridad a unos valores sobre otros, o a fuerza de limitaciones tanto personales como sociales. En este caso, y para dar solución a esta situación y evitar el conflicto ético, se plantean dos posturas radicalmente opuestas que antagonizan en negar o defender cualquier posibilidad de vida humana en el ser no nacido. En un extremo se encuentra la postura

---

<sup>11</sup> Citado en Carolina, A (2011) “Biopolítica y aborto. Sobre lo que conserva el niño por nacer”. *Temas de mujeres*

que niega aceptar cualquier rasgo de autonomía o subjetividad propia en la vida prenatal del ser no nacido y otorga el derecho de autonomía de la mujer embarazada a disponer libremente sobre su cuerpo. En el otro extremo, la postura es considerar el no nacido como sujeto de vida humana y por tanto no puede instrumentarse ni siquiera a favor de la vida de la madre, situándose en el extremo la consideración de vida en el momento de la fecundación, aunque ello suponga desconocer u olvidar “los conocimientos que en la actualidad ofrecen la biología de la reproducción, la información genética y la inviabilidad del embrión antes de su implantación” (Carpizo y Valadés, 2008:6). Como refiere Marina (2002:215-217), tomando la Ley del Progreso Ético de la Humanidad como marco ético común, la ignorancia ha lastrado el comportamiento sexual, el miedo ha sido el instrumento para limitar la sexualidad y el dogmatismo el obstáculo para liberarse de las creencias aunque los hechos las desmientan “cualquier sociedad, cultura o religión, cuando se libera de cinco obstáculos –la miseria extrema, la ignorancia, el miedo, el dogmatismo y el odio al vecino- se encamina hacia un marco ético común que se caracteriza por la afirmación de los derechos individuales, la lucha contra la discriminación no justificada, la participación del pueblo en el poder político, el fomento del diálogo racional, las seguridades jurídicas y las políticas de ayuda”

Actualmente, mientras en los discursos biopolíticos y religiosos conservadores la personificación del niño por nacer “tiene como objeto conservar el status quo de la sociedad, manteniendo lo que se considera una feminidad adecuada que supone un cuerpo femenino entendido como reproductor” (Carolina, 2011:11), nos encontramos, paralelamente, con discursos progresistas donde se “pretende limitar los reclamos por el reconocido a la autodeterminación voluntaria del propio cuerpo” (Gudiño, 2012), y donde la práctica del aborto se presenta como “una forma específica en la cual la biopolítica adquiere la dimensión de resistencia al biopoder” (Rosenberg, 1997:4).

### **2.5.3 De las actitudes a los sentimientos ante el aborto**

Dos años antes de la entrada en vigor de la Ley que despenalizaría parcialmente el aborto en España, la Ley de supuestos de 1985, los resultados de un estudio referente al

sistema de representaciones sociales de la población sobre el aborto, llevado a cabo por Alfonso Ortí y Ángel de Lucas mediante discusiones de grupo, ya permitían distinguir tres posiciones ideológicas diferentes. Una posición minoritaria (25%) más integrista o prohibicionista, que se oponía a todo supuesto de despenalización del aborto. Otra posición también minoritaria (25%), progresista y reivindicativa de la legalización del aborto libre ajustado a un sistema de plazos. Y entre estos dos discursos extremos se posicionaba la mayoría (50%) con una actitud de tolerancia hacia la despenalización restrictiva del aborto (Ramos, 1983:244).

Según una encuesta de Metroscopia<sup>12</sup> en torno a la legislación actual sobre la interrupción voluntaria del embarazo que el diario El País publicó en abril del 2013, una mayoría de la población española, el 46%, apoya que se mantenga la regulación del aborto en sus términos actuales, frente al 41% que considera que debe volverse a la ley de supuestos, y un 10% que rechaza abiertamente el aborto y considera que debe ser perseguido como delito en cualquier supuesto. De las personas que están a favor de mantener la actual ley, un 60% son votantes del PSOE y un 22% del PP. También es significativo que un 38% de las que se reconocen católicas apoyan el sistema de plazos frente a un 77% de las que dicen no ser creyentes.

A pesar de estos datos, de donde se extrae que la población española ya estaba a favor de la regularización de los supuestos del aborto antes de su entrada en vigor en 1985 y que en la actualidad la mayoría apoya la Ley de plazos vigente, el ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, prepara una reformulación de la actual ley sobre derechos sexuales y reproductivos. Partiendo del principio de “defensa del derecho a la vida”, pretende dar protección al ser concebido, lo que conlleva a suprimir no sólo el aborto libre y final del periodo en que la mujer pueda decidir libremente sobre la interrupción de su embarazo, también pretende eliminar el supuesto de minusvalía o malformación fetal, además de tener que contar con consentimiento paterno las menores de 18 años. Como refiere Ramos (1983:245) “el discurso integrista posee la ventaja de tener a su favor el lenguaje convencional establecido (...) de una cultura tradicional patriarcalista y la dominancia de un punto de vista religioso católico (...) de identificación de todo feto como niño y del acto de abortar como de matar”; sin embargo, como se puede apreciar, un porcentaje elevado (38%) de personas que se consideran católicas están a favor de

---

<sup>12</sup> El País, 21 de abril 2013 “Una mayoría apoya la ley del aborto actual ante la reforma de Gallardón”. Sondeo llevado a cabo a través de 600 entrevistas telefónicas los días 17 y 18 de abril de 2013 (muestra estadísticamente representativa)

que se continúe con la Ley actual de plazos. Aparecen resistencias dentro de las propias filas conservadoras, constituidas mayoritariamente por mujeres, incluidas las católicas feministas, que defienden las relaciones igualitarias entre sexos y adoptan un enfoque del aborto en términos de no enjuiciamiento y de conciencia personal de cada cual, que aunque mantienen que abortar significa matar, permite tomar la decisión sobre la interrupción voluntaria del embarazo de la mujer afectada. Esta resignificación de los valores tradicionales por parte de un sector conservador rechaza la estigmatización que sobre la mujer que aborta marca el discurso religioso, jurídico y bioético, el cual consideran que constituye la maquinaria de control y dominio sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción de la mujeres estableciendo “el cuerpo biologizado, naturalizado y sacralizado, a tal punto que se vuelve carga del sujeto que decide” (Gudiño, 2012) que se culpabiliza y sufre la hostilidad del sujeto que comete delito.

Si bien antela penalización “se sabe que la mayoría de las veces la decisión de abortar es difícil y a veces se experimentan sentimientos de angustia, culpabilidad y confusión antes o después del aborto inducido” (Cifrián, Martínez Ten y Serrano, 1990:14-21)<sup>13</sup>, lo que resulta difícil es separar hasta dónde la interiorización de valores patriarcales, como el que la verdadera feminidad está en la maternidad, el castigo divino por matar, la estigmatización social de la persona que aborta u otros factores, puede estar en la base de estos cuadros clínicos conocidos por síndrome post-aborto que presentan muchas de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo aún a sabiendas que no es deseado por ellas y en una legislación que lo permite. Una aportación en esta línea y desde un punto de vista psiquiátrico la tenemos de la mano de un experto en esta materia:

El mayor riesgo de interrumpir el embarazo es, hablando siempre desde mi experiencia, para aquellas personas que parten de posiciones ideológicas o morales contrarias al aborto o con familiares próximos hostiles a la práctica del mismo, que por circunstancias personales se ven avocadas a una interrupción de su embarazo. Esas personas son las que más fácilmente presentan un “duelo prolongado” por su aborto o situación de remordimiento, porque como siempre sucede en psiquiatría, la incoherencia interna entre lo que se piensa, lo que se siente de corazón y lo que se hace es la principal fuente de inseguridad, ansiedad y culpa. (García de la Villa, 2009)

---

<sup>13</sup> Cifrián, Martínez Ten y Serrano, (1990:14-21) “La cuestión del aborto” Citado en Polanco, Canto de Cetina, Ruiz y Ordóñez, (2006) El llanto y la tristeza postaborto: ¿factores sinónimos de espontaneidad o de inducción? Revista Sexología Integral. Vol. 3, núm. 3. Pág. 146. Madrid

Un duelo que, como respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, puede tener distinta duración y en situaciones conflictivas o ante la falta de redes de apoyo puede conllevar a una mala elaboración y desencadenar alteraciones psicológicas y somáticas.

## 2.6 Reivindicaciones y limitaciones feministas

Como decía Moore (1991:177), en la lucha por la emancipación de la mujer, si el Estado no rectifica su política, otros organismos representativos, en este caso las organizaciones femeninas, deberán conminarle a ello. En nuestro país, al igual que en otros países que defienden la igualdad entre sexos, la lucha reivindicativa sobre el derecho a decidir de la mujer sobre su propio cuerpo, su sexualidad y el aborto parte de las agrupaciones feministas, que con sus movilizaciones y debates han promovido los cambios legislativos en esta materia.

¿Y por qué una mujer puede estar embarazada sin desearlo? (Pérez, 2010:11). Con un cuestionamiento tan elemental, arrancaba la II Jornada feminista sobre aborto, celebrada en noviembre de 2009 en Asturias, en la que se debatieron y analizaron diversas cuestiones y, entre ellas, la pérdida de efecto aglutinador y de influencia social en las masas al no conseguir sacar a la gente a la calle en su última campaña de movilización a favor de la Ley Orgánica 2/2010, 3 marzo, y ante las devastadoras campañas de ataque organizadas por la jerarquía católica y grupos provida.

Decía la filósofa y feminista Elisabeth Badinter (2004) que en los últimos decenios, gracias a una audaz deconstrucción del concepto naturaleza, hemos aprendido que el sexo, el género y la sexualidad no predeterminan el destino. Esto ha favorecido una libertad sin precedentes en relación a los papeles tradicionales que imponía el género, como el vínculo indisoluble entre la vida de las mujeres y su fisiología que las destinaba inevitablemente a ser madres.

“lejos de ser la cosa más natural del mundo, la maternidad es, en realidad, una de las más antinaturales...en lugar de centrarse en el llamado vínculo madre-hijo innato, universal y biocultural, el proceso de concebir, gestar y criar debería contemplarse como un dilema que asalta



la esencia de la comprensión humana y evoca una interpretación cultural nada sencilla, sino en extremo elaborada” (Drummond, 1978:31)<sup>14</sup>

A la vez, Badinter denunciaba cómo el feminismo actual, con su retorno a lo biológico, ha frenado el combate social y cultural, los progresos en el concepto de igualdad y hace a la mujer prisionera de su naturaleza. “La imagen de la mujer ha recuperado su antiguo aspecto, y esto parece que conviene a mucha gente”. El discurso dominante le recuerda sin cesar a la mujer sus deberes, reaparece la expresión “instinto maternal” en el lenguaje corriente de los medios de comunicación y la OMS avala los beneficios de lactancia materna validado por numerosos estudios científicos. Antropólogos, pediatras y psiquiatras infantiles, basándose en la etología, le recuerdan a la mujer que es un mamífero como los demás, y que hormonas como la oxitocina y la prolactina le llevan a establecer un vínculo automático con el bebé a través de un proceso neuro-biológico-químico (Badinter, 2011:60-61). La autora se plantea cómo escapar del encierro maternal cuando éste es objeto de un poderoso consenso social y la sociedad está organizada por los hombres y para los hombres, que no obtienen más que ventajas del statu quo.

Esta institucionalización del instinto materno y el cumplir con el deber de la feminidad también puede visibilizarse en el sometimiento a las técnicas de reproducción asistida, que como denuncian algunas voces feministas, en ocasiones supone la “instrumentalización del cuerpo y la voluntad de las mujeres en aras de defender intereses científicos, económicos y políticos, ajenos y/o contrapuestos a los de las mujeres” (Martí, 2011).

Todo ello nos hace pensar que en nuestro país, a pesar de los avances legislativos en los derechos sexuales y reproductivos e IVE, mientras la mujer siga siendo oprimida dentro de la relación de género seguirá buscando la reafirmación de su identidad femenina asentada en la maternidad por falta de legitimidad social en su poder personal de decidir y autoafirmarse, “por la deslegitimación social de su derecho a ejercer el poder autoafirmativo” (Bonino, 1993). Así, al señalar la pérdida de efecto aglutinador e influencia social de los sectores feministas para movilizar a los sectores femeninos y a la sociedad más consciente cuando se trata de alcanzar más derechos para la mujer,

---

<sup>14</sup> Drummond, L. (1978) “The transatlantic nanny: notes on a comparative semiotics of family in English speaking societies” *American Ethnologist*, 5 (1): 30-43. Citado en Moore, Henrietta (1991:43) *Antropología y feminismo*. Ed. Cátedra. Madrid

Gutiérrez (2009:25-27) decía “el patriarcado, a día de hoy, posee una gran versatilidad, pues se reinventa todos los días”, al considerar que algunos elementos limitadores de estas reivindicaciones son tanto los efectos que siguen teniendo sobre las conciencias de las mujeres la ideología patriarcal dominante y las doctrinas de grupos que la defienden como la Iglesia Católica, como el sentimiento por una buena parte de la población de “objetivo conseguido” con las leyes en materia de aborto.

### CAPITULO 3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

La entrevista de investigación pretende llegar al conocimiento objetivamente de un problema, aunque sea subjetivo, a través de la construcción del discurso; se trata de una de las operaciones de elaboración de un saber socialmente comunicable y discutible. (Blanchet,1989: 90)

La realización de este trabajo de investigación parte de la identificación del personal de enfermería como grupo relevante para la producción de conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Conocer las actitudes, opiniones, representaciones y conocimientos que posee este colectivo sobre este tema nos parece pertinente por varias razones. Por un lado, consideramos que el papel que juegan estas y estos profesionales en la sociedad, que por su función asistencial y proveedora de salud de otras personas les mantiene en contacto permanente y cercano a la experiencia humana, les convierte en informantes excepcionales de esta realidad aun poco explorada. Sí, además, tenemos en cuenta que el colectivo de enfermería sigue estando feminizado y su discurso, hasta hace pocas décadas, ha estado dominado por los planteamientos biomédicos conservadores, nos parece oportuno descifrar hasta donde pueden tener alcance estos posicionamientos hoy en día en un tema tan conflictivo como ha sido siempre el aborto. Por otro lado, la pertinencia de este estudio también se sustenta en la ausencia de investigaciones similares.

El estudio se ha llevado a cabo desde una perspectiva metodológica cualitativa, en concreto a través de la realización de catorce entrevistas abiertas, cuyo objetivo fue favorecer la producción de discursos que nos llevaran a acceder al conocimiento de la realidad que queremos estudiar. Y porque el discurso que se produce a través de la entrevista abierta “es un relato en el que la *situación implicativa* genera una inversión de la persona (Péninou, 1976:127 y ss.) que al verse a sí misma en realidad observa el sistema de etiquetas sociales que lo enmarcan” (Alonso, 1995)

A continuación se hace una exposición detallada de los objetivos perseguidos y de las hipótesis que han orientado la el diseño de la las entrevistas así como el análisis e interpretación posteriores.

### 3.1 Objetivo general

Conocer las actitudes, opiniones, representaciones y conocimientos sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos del personal de enfermería, con el fin de acercarnos a la realidad cognitiva, psicológica, moral, política, social y profesional de este colectivo sanitario.

#### 3.1.1 Objetivos específicos

1. Analizar los conocimientos, actitudes y percepciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los derechos en salud sexual y reproductiva del personal de enfermería.
2. Averiguar si existen actitudes diferenciadas entre mujeres y hombres sobre el derecho de la mujer a poder decidir libremente sobre cuerpo, sexualidad, reproducción e interrupción voluntaria del embarazo del personal de enfermería.
3. Conocer la experiencia laboral sobre la interrupción voluntaria del embarazo que posee el personal de enfermería y establecer el papel que juega en la construcción de sus representaciones.
4. Analizar en qué medida los discursos patriarcales, éticos, religiosos, jurídicos o biomédicos pudieran influir en sus actitudes y representaciones, así como en la población.
5. Analizar en qué medida la socialización diferencial de género afecta su vida y en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
6. Reflexionar sobre el tutelaje que mantienen las instituciones sobre el cuerpo de la mujer, que actualmente proponen volver a penalizar el aborto y posponer la edad de consentimiento de la mujer para decidir la IVE a los 18 años.
7. Valorar la formación recibida en materia sexual y de igualdad entre sexos a lo largo de la formación académica de del personal de enfermería.

8. Analizar las actitudes del personal de enfermería ante la regulación de la objeción de conciencia del personal que atiende directamente a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.
9. Analizar las actitudes y conductas reivindicativas del personal de enfermería sobre los derechos sexuales, reproductivos e interrupción voluntaria del embarazo.

### **3.2 Hipótesis principal**

La aprobación de la Ley Orgánica de 2/2010, 3 de marzo, supuso la despenalización del aborto acogándose a una serie de plazos que aseguran a la mujer el pleno derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva dentro de un marco de libertad, igualdad y dignidad, además de garantizar su accesibilidad a los servicios públicos de salud. La penalización del aborto se ha entendido, desde sectores liberales y feministas, como un mecanismo de poder y control sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción de la mujer por parte de las instituciones, que ha llevado aparejado la discriminación de quienes lo practicaban, además de suponer un riesgo para la salud de las mujeres dada la situación de clandestinidad a la que estaba avocada su práctica. Partiendo de la diversidad de posicionamientos ideológicos presentes en el momento actual, y de las actitudes combativas, a favor y en contra, que se están dando ante el anuncio de una inminente Reforma legislativa en Derechos de Salud Sexual y Reproductiva que van a retroceder a la penalización del IVE, se identifica al personal de enfermería como un colectivo que por la idiosincrasia de su trabajo puede aportar conocimiento relevante acerca del aborto. Si bien se espera encontrar una visión positiva del cuerpo sexuado y una actitud predominante sexofílica, se estima encontrar variedad de experiencias y opiniones, al igual que de actitudes, a la vez que tolerantes en su mayoría, ante la legislación actual del aborto entre el personal de enfermería.

#### **3.2.1. Hipótesis derivadas**

1. En general, se espera encontrar que los conocimientos y actitudes y opiniones del personal de enfermería en materia de derechos sexuales y reproductivos sea bastante similar entre los dos sexos, y que las actitudes sobre la interrupción voluntaria del embarazo sean en su mayoría de permisividad, estando conformes con la Ley actual de plazos.
2. A su vez, se espera un discurso acorde y conforme con la legislación actual que se articula a través de la voluntad de la mujer y no contra ella, es decir, de defensa de la autodeterminación de la mujer sobre la planificación e interrupción de sus embarazos dentro de los plazos marcados por la ley. Por tanto, también se espera una actitud de rechazo hacia la anunciada reforma de la actual Ley.
3. La moral judeo-cristiana y la ideología conservadora patriarcal suelen estar en la base del rechazo de los derechos sexuales, reproductivos e interrupción voluntaria del embarazo. El pluralismo de representaciones acerca del embarazo y el aborto estará mediado por la definición que se tenga del concepto de vida humana, que puede ser desde el mismo instante de la fecundación a la negación de posibilidad de vida humana en el ser no nacido. Esto se ha tenido en cuenta a la hora de diseñar la tipología del personal a entrevistar así como en el análisis de sus discursos por lo que se espera diversidad de posicionamientos.
4. Partiendo de que las creencias crean la realidad y de que el binomio sexo-género, en el que se asienta la cultura androcéntrica, modela esta visión de de la realidad a través de sus arquetipos, esperamos encontrar diferencias en las representaciones del personal de enfermería según se haya tomado conciencia de las desigualdades que marca esta socialización diferencial de los sexos.
5. La ley actual sobre la IVE, en coherencia con la legislación sobre la Autonomía del Paciente, establece la autonomía y derecho de la mujer a decidir libremente, sin consentimiento parenteral o representación legal, a partir de los 16 años. El debate tanto político como público sobre los umbrales de edad para poder decidir sobre la IVE continua abierto, hasta el punto de retroceder a la mayoría de edad de 18 años en el actual proyecto de reforma de la legislación vigente sobre el aborto. Dada la ambigüedad en la legislación en cuanto a la edad de consentimiento de la menor en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, cabe esperar varios cuestionamientos en relación con este apartado de la ley.

6. Si bien la legislación actual recoge otras medidas encaminadas a favorecer la promoción de la salud sexual y reproductiva en el ámbito sanitario, entre las que se encuentra la formación de las y los profesionales de la salud en esta materia y desde una perspectiva de género, se estima encontrar una amplia diversidad en dicha formación, tendiendo a ser deficitaria en su mayoría, dado que la incorporación de esta formación al sistema educativo así como en los programas curriculares de las carreras relacionadas con las ciencias de la salud aun no ha llegado a plasmarse.
7. La ley vigente sobre el aborto establece la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia del personal sanitario implicado directamente en la realización de dicha intervención, con el fin de respetar su ideología o moral. Por lo que se espera que la aceptación de la ley en sus términos jurídicos prevalezca en la mayoría de las personas entrevistadas.
8. El enfoque de “cuidado” de esta profesión ha hecho que este colectivo haya estado totalmente feminizado, hasta el punto de que actualmente siga acusándose una segregación profesional en enfermería. La igualdad de oportunidades a nivel laboral puede ser un obstáculo para detectar esas superficies invisibles y difíciles de traspasar que se conocen por pared resbaladiza, suelo pegajoso o techo de cristal lo que puede dar una falsa idea de haber alcanzado la igualdad real entre sexos. En estos términos también sucede el no plantearse la necesidad de seguir reivindicando más espacios de igualdad o denunciar la violencia estructural que aun se mantiene sobre el cuerpo, la salud sexual y reproductiva de la mujer.
9. Por último, se espera que en el colectivo de enfermería la experiencia laboral aporte, en general, una visión positiva de la sexualidad y una actitud tolerante, así como una representación particular del aborto, dadas las situaciones que se afrontan a diario en relación con la salud sexual y reproductiva.

### **3.3 Elección y justificación de la metodología empleada**

El hecho de decantarse por una metodología exclusivamente cualitativa deriva del planteamiento de poder acceder a una información que se va a considerar relevante

desde las propias narrativas de las personas entrevistadas. Se parte de que el personal de enfermería es un colectivo que, por su idiosincrasia profesional, puede producir un conocimiento sobre el tema a estudiar que va más allá de su propia experiencia personal, lo que nos permitirá conocer mejor el sistema de representaciones sociales e ideológicas que se tiene sobre un tema tan conflictivo y silenciado como es la interrupción voluntaria del embarazo.

Toda investigación cualitativa busca aprehender los significados que los informantes atribuyen a los temas sobre los que se les pregunta, de ahí que no sólo nos interés los conocimientos que tengan los entrevistados sino también las propias opiniones, sus creencias, sus actitudes, sus motivaciones, y la razón que explican sus comportamientos (Báez y Pérez de Tudela, 2007: 99)

Si bien para el objetivo de nuestro trabajo la metodología cualitativa resulta imprescindible, durante la elaboración del proyecto de investigación se planteó el uso de una metodología mixta, es decir, obtener más información a través de metodología cuantitativa. Para ello se valoró la posibilidad de pasar un cuestionario al personal de enfermería que trabaja en el sistema sanitario de la Xerencia de Xestión Integrada de Vigo, a través de los correos profesionales. Ello requería la selección de muestra, la elaboración del cuestionario, los permisos de la gerencia hospitalaria y dar tiempo para la cumplimentación de dicha herramienta, lo cual resultaba inviable a realizar en el plazo de tiempo que se disponía para llevar a cabo este trabajo encuadrado en proyecto fin de Máster. También se valoró, contando con la colaboración del Colegio de Enfermería de Vigo, la posibilidad de realizar entrevistas en formato “grupo de discusión” con el personal de enfermería que asiste a lo largo del año a los cursos de formación continua que oferta dicho Colegio, pero el hándicap estuvo en que el calendario previsto para la recogida de información a través de estas entrevistas coincidía con el periodo vacacional. Si bien la información recogida a través de estas herramientas, cuestionario y grupos de discusión, serían de gran interés para este estudio, dada la complejidad y el tiempo requerido para llevarlo a cabo, que rebasaba los plazos establecidos en este Máster, se desestimaron.

La entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo (Alonso, 1995). La entrevista abierta resulta apropiada para alcanzar los objetivos establecidos por varias razones, pero sobre todo, porque nos va a aportar “unos resultados interesantes, a veces inesperados, próximos a



unos hechos vividos por la personas entrevistadas. Así cabe analizar y transmitir numerosos saberes sociales que han sido contruidos por la experiencia y la práctica” (Blanchet, 1989:92). Porque permite indagar en la experiencia concreta del o de la informante sobre el tema del que se desea saber, experiencia que a su vez está contextualizada en un marco sociopolítico y cultural que se nos va revelar y posteriormente podremos analizar. Aunque se estructura en torno a un guión previo que la persona entrevistadora tiene en mente, se deja abierta a la gama de posiciones que desee manifestar la persona entrevistada, produciendo así un flujo de información que va dotando de contenidos la entrevista y por tanto enriqueciéndola.

Las características de la investigación cualitativa nos permiten obtener información precisa sobre un asunto predeterminado, en este caso sobre el aborto. Esto requiere de una “escucha activa” por parte de la persona entrevistadora para poder hacer una interpretación continua del discurso de la persona entrevistada a la vez que le proporciona un feedback permanente, y con lo que también se pretende conseguir que vaya realizando “asociaciones libres” sin perder el hilo discursivo. Por otro lado, la entrevista “para lograr el objetivo de producción discursiva lineal ha de excluir la polémica: excluye, pues, que entren en el discurso las relaciones de fuerza, de poder, de rechazo, etc., susceptibles de establecerse entre los interlocutores” (Blanchet, 1989:99). En el caso concreto de nuestra investigación, partiendo de que la entrevistadora y las personas entrevistadas tienen posiciones comunes (profesionalmente) es evidente que se co-construye más fácilmente el discurso. La interacción comunicativa se potencia con la confidencialidad sobre el tema abordado, sobre todo cuando el contenido pueda ser autobiográfico o sujeto a códigos deontológicos de la propia profesión, mientras que la empatía y la complicidad motivan a la persona entrevistada a que aporte más información. Las características de la interacción, en este caso, llevan a que el personal de enfermería salte de una categoría discursiva (narrativa, informativa y demostrativa) a otra siguiendo el hilo del discurso asertivo. Al elaborar información sobre el aborto reconstruyen situaciones vividas, tanto personales como profesionales, y establecen procesos lógicos de la determinación de los hechos. De esta manera, el aportar información sobre un tema la mayoría de las veces silenciado o tabú, les permite reordenar acontecimientos pasados, reflexionar, racionalizar, analizar e interpretar comportamientos, sentimientos, actitudes y opiniones, lo que genera en muchos casos

un cambio de esquemas mentales o reestructuración cognitiva sobre sus posicionamientos ideológicos.

Por último, dado que los resultados de la entrevista no se pueden generalizar ni universalizar, la entrevista sólo se puede entender:

Como práctica cualitativa, por sus resultados finales, por la riqueza heurística de las producciones discursivas obtenidas en ella. Sobre todo en la posibilidad de recoger y analizar saberes sociales cristalizados en discursos que han sido construidos por la práctica directa y no mediada de los sujetos protagonistas de la acción. (Alonso, 1995)

### **3.4. Diseño de los perfiles de las personas a entrevistar**

El material empírico de esta investigación procede del testimonio de 14 profesionales de enfermería de la provincia de Pontevedra, que desempeñan su trabajo en diferentes áreas sanitarias.

Con el fin de obtener una mayor diversidad de testimonios y opiniones sobre el tema que nos interesa, el procedimiento de elección de informantes ha sido a través del diseño previo de un amplio abanico de perfiles. Los criterios a tener en cuenta fueron el sexo, la edad, el estado civil, el puesto de trabajo y vida laboral, la ideología, las creencias religiosas, la formación académica y en materias de sexualidad e igualdad. Otras variables que se consideraron, pero no inicialmente para seleccionar al personal entrevistado y solo por aportar mayor diversidad, fueron el número de parejas, los métodos anticonceptivos usados, el número de hijos, los embarazos llevados a término y los abortos tanto espontáneos como terapéuticos realizados.

### **3.5. Trabajo de campo**

Una vez definidos los perfiles, para poder contar con el personal de enfermería a entrevistar se procedió a su captación a través de redes naturales, acudiendo tanto a las relaciones personales como a las profesionales. Alguno de los casos entrañó gran dificultad, por lo que se tuvo que descartar finalmente, como sucedió con personal que perteneciese a alguna organización provida, al igual que las enfermeras que ejercen su labor en los centros privados donde se realizan IVEs.

Una vez localizadas las personas informantes, se hizo la primera toma de contacto. El contacto inicial fue personalmente o a través de teléfono para solicitarles una entrevista y aclarar para qué y porqué, es decir, enmarcada en un trabajo de investigación feminista del Máster de Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado.

La recogida de información fue a través de entrevistas abiertas, realizadas durante los meses de junio y julio de 2013. La consigna inicial de todas las entrevistas fue “como te comenté, estoy realizando una investigación acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Me gustaría saber tu opinión acerca de la legislación vigente... sobre el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad y la interrupción voluntaria del embarazo. Es una entrevista abierta por tanto me gustaría que me contaras todas las vivencias personales y profesionales que hayas tenido en relación a este tema...”. Una vez lanzado el tema a tratar, a lo largo de las entrevistas se fueron intercalando consignas y comentarios de discurso tanto asertivo como narrativo para facilitar la comunicación y con el fin de recabar más información acerca de sus actitudes, representaciones, experiencias y conocimientos en esta materia.

Como resultado de los perfiles preestablecidos, en las entrevistas realizadas nos encontramos:

De un total de 14 informantes, 11 son mujeres y 3 hombres (esta distribución por sexo se eligió deliberadamente, dado que continúa siendo una profesión aún muy feminizada). Responden a edades entre 23 y 64 años, con experiencia laboral en diferentes áreas sanitarias, desde hospitalaria a atención primaria y centros de planificación familiar. Alguno con experiencia en docencia, puestos de supervisión y cargos colegiales. La mayoría de las personas entrevistadas se considera liberal y ninguna conservadora, sólo una se reconoce de ideología de derechas y otra no votante de ningún partido; mientras las demás, la mitad es de ideología de izquierdas y la otra mitad no se define ideológicamente. Si bien solo una de las personas se identificó de

ideología de derechas, en la selección se consideró entrevistar a más profesionales con este perfil y según los contactos establecidos para su localización, cuatro de las personas entrevistadas lo eran.

La mitad se confiesa creyente de la religión católica y sólo una practicante de esta religión, mientras la otra mitad no es creyente, aunque nadie apostató. Como heterosexuales, de 12 personas actualmente con pareja, 8 personas están casadas y de ellas, 5 por la Iglesia. La mitad refiere haber tenido varias parejas esporádicas. Más de la mitad con uno o dos hijos/as, y solo una ha tenido la experiencia de un aborto espontáneo. La mayoría ha utilizado varios métodos anticonceptivos, tanto hormonales como de barrera, incluido esterilización masculina. En cuanto a formación, 3 poseen una licenciatura en otra carrera. Con respecto a la formación en materia sexual, la mayoría hace referencia a la recibida durante sus estudios de enfermería o/y comadrona (casi siempre orientada a la reproducción y prevención de riesgos), o haber sido autodidacta; mientras que 2 refieren haber realizado alguna formación específica en materia de sexualidad y 3 en género e igualdad.

Uno de los hándicaps durante la investigación fue conseguir alguna o algún informante que se posicionase contra el aborto, para poder analizar las representaciones que se pudieran dar desde una concepción radical y en contra del derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción voluntaria de su embarazo primando el derecho del no nacido. Para ello y durante la recogida de este material, se centro la búsqueda de esa características en personal de enfermería perteneciente al Opus, Provida u alguna otra organización que se oponga frontalmente al aborto, resultando infructuosa. Todos los contactos establecidos en el área de estudio negaron conocer a alguien del colectivo de enfermería con ese perfil a excepción de una enfermera que no accedió a conceder la entrevista.

En el anexo I se describe detalladamente el perfil de cada persona entrevistada. En la presentación del análisis de los resultados, cada informante se identifica con un código numérico correlativo (E1...E14).

## CAPITULO 4. RESULTADOS

Conocer la complejidad de las representaciones que se tienen sobre el control o la autodeterminación voluntaria de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad, su reproducción e interrupción voluntaria del embarazo ha sido el principal objetivo planteado desde este trabajo de investigación. Las experiencias del personal de enfermería, recogidas de manera cualitativa, a través de entrevistas, nos sirven para acercarnos a esa realidad tanto desde el plano profesional como personal. El hecho de que el personal de enfermería posea información de primera mano, debido a su contacto directo con la población en el desempeño laboral en distintos servicios sanitarios, nos ofrece la posibilidad de analizar cuestiones que aún siguen siendo silenciadas en la sociedad como suelen ser las relacionadas con la sexualidad o el aborto. A continuación, y a través de sus discursos, se analizan las representaciones, actitudes, opiniones, conocimientos y experiencias del personal de enfermería en relación a la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

El texto que se expone a continuación está estructurado en bloques temáticos, sobre la base de los objetivos perseguidos y a través de los cuales se confirman la mayoría de las hipótesis planteadas. Sus títulos sugieren los distintos aspectos abordados, que se van desgranando y a la vez ilustrando con las narraciones literales extraídas de las transcripciones de las entrevistas.

- Los dos primeros apartados se centran en los conocimientos y las opiniones que tiene el personal de enfermería ante la legislación actual, correspondiendo a los dos primeros objetivos planteados y que confirmarían las hipótesis, de que tanto en conocimientos como en actitudes, el personal de enfermería apenas discrepa, y son, en su mayoría, partidarios de la legislación actual que reconoce la autodeterminación de la mujer para decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y embarazo. Tampoco se encuentran diferencias significativas por razón de sexo en el colectivo de enfermería.
- El segundo apartado, en referencia al tercer objetivo, condensa la diversidad de experiencias que tanto a nivel personal como profesional acumula este colectivo, desde las épocas oscuras del aborto clandestino a las actuales de

despenalización, desde su mirada más íntima a la más técnica, todas ellas testimonio histórico de una realidad oculta que por veces es revelada para volver a la oscuridad.

- Por paradójico que pudiera parecer, ideologías extremas se pueden encontrar y acomodar en una nueva fórmula, en los “límites” como dicen las católicas feministas, y defender la vida del no nacido sin sacarle el derecho de la mujer a decidir libremente la interrupción voluntaria de su embarazo, testimonio recogido en el apartado tres. Este apartado junto con el cuarto, que corresponderían al objetivo cuatro, analizan los diferentes modos de sometimiento de la mujer a los mandatos patriarcales, los logros alcanzados en igualdad a través de las luchas tanto individuales como colectivas y la falsa idea de haberla conseguido, sobre todo en la gente más joven.
- La violencia estructural de género que no se denuncia porque pasa desapercibida dada la socialización diferencial de sexos, la vuelta al esencialismo biológico del instinto materno o el tutelaje que mantienen las instituciones sobre el cuerpo de la mujer, sobre todo con la anunciada vuelta a leyes restrictivas en materia de aborto, son analizadas en los dos apartados siguientes y como propuesta en los objetivos cinco y seis.
- Los tres últimos objetivos se corresponden directamente con los tres apartados últimos. En el apartado siete se evidencia como la ausencia de educación sexual con perspectiva de género se mantiene desde la escuela a la formación universitaria de enfermería, lo que provoca que el abordaje de la salud sexual continúe siendo deficitario y facilite conductas y roles estereotipados, si bien las actitudes del personal de enfermería en este aspecto son positivas y sexofílicas, por estar abiertos al conocimiento que les proporciona su experiencia laboral. El apartado siguiente recoge como la objeción de conciencia es aceptada siempre y cuando no sea un obstáculo para la mujer que decida abortar, llegando a mantener posturas críticas a las razones que alegan quienes se acogen a ella. En el último apartado se hace una reflexión sobre las reivindicaciones sociales y feministas de los derechos sexuales y reproductivos y el acomodamiento de la sociedad.

## 4.1 El derecho a decidir

Los derechos sexuales y reproductivos alcanzados en nuestro país tras la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo garantizan la libre decisión de la mujer sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción, así como la interrupción voluntaria del embarazo, sin necesidad de justificar las circunstancias que le llevan a tomar esta decisión hasta la 14 semana de gestación. Desde diferentes asociaciones feministas proelección, la mayoría adheridas a la Plataforma por el Derecho a Decidir, se considera insuficiente este plazo, sin embargo se acepta como un logro tras un largo camino de reivindicaciones. Si bien este ha sido un paso muy importante a nivel legislativo en materia de igualdad y un reconocimiento de libertad de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, los sectores más conservadores siguen empeñados en mantener el cuerpo de la mujer como su campo de batalla moral y, con la complicidad del gobierno de turno, pretenden retroceder en el tiempo y volver a la clandestinidad en la que siempre estuvo el aborto.

En los testimonios aportados por el personal de enfermería entrevistado se observa que algunas y algunos desconocen en su totalidad la legislación en materia de aborto que entró en vigencia en el año 2010, sobre todo en cuestión de los plazos, que entremezclan con la anterior ley de supuestos. Sin embargo, todo el personal tiene claro que la ley actual reconoce el derecho de la mujer a interrumpir libremente su embarazo, aspecto en el que coinciden y valoran positivamente, o que también recoge este derecho a partir de los 16 años y sin consentimiento de representación legal de la menor. Divergen en sus exposiciones, pero hacen común la matización de que múltiples circunstancias, como podrían ser factores económicos, relacionales, emocionales, emigración, violencia de género o la falta de educación sexual, entre otros, pueden llevar a tomar esta decisión no fácil (puntualizan una mayoría) y que, dependiendo del rechazo o aceptación social, podrá ser traumática o, por el contrario, fortalecer a la mujer.

Estando, en líneas generales, a favor del derecho de la mujer a tomar libremente esa decisión, y no habiendo diferencias significativas entre los argumentos aportados tanto por enfermeras como por enfermeros, dependiendo de la ideología o religiosidad, así

como de la experiencia profesional de las personas informantes si se distancian en las argumentaciones.

#### 4.1.1 Desde la conciencia de cada mujer

Entre las posturas más conservadoras se recurre a la *conciencia* de cada cual a la hora de tomar esa decisión y se mantiene una actitud de tolerancia y de no condena hacia la mujer que decide abortar. Si bien se manifiestan en algún momento no partidarias del aborto, esto se ciñe a su propio cuerpo y circunstancias, pues a continuación defienden la libertad de la mujer para decidir sobre su cuerpo, reproducción e interrupción voluntaria de su embarazo. Es decir, en su vida privada responden a los criterios morales de su fe, pero más allá de sus convicciones íntimas están la libertad y la seguridad de la mujer que decide, lo cual defienden en términos de no enjuiciamiento o condena de la mujer que lo realiza y que obra según su conciencia y amparada por ley.

Yo como católica no soy partidaria del aborto...creo que hay otros medios antes de llegar al aborto...pero pienso que hay que verse en las circunstancias...no es fácil, entiendo que la mujer tiene su conciencia, que su conciencia sea la que decida (...) no puedo decir no al aborto y condenar a una mujer por sistema... hay que verse en la situación de la mujer, en la problemática...creo que es la mujer la que tiene que decidir (E1)

Soy provida, no aborto...respeto que si tú tienes un problema abortes...porque cuando una mujer toma una decisión de ese tipo, no me parece que sea una decisión ni fácil, ni alegre, ni cómoda, es una cosa muy dura ...Yo opino que la mujer tiene que ser totalmente libre para tomar las decisiones sobre ella misma (E4)

Hay que saber las circunstancias de cada mujer...yo no puedo decidir sobre la decisión de una mujer, estaría coartando su libertad...En cuanto a los derechos del no nacido me gustaría tener un término medio, pero la mujer tiene sus derechos, es libre y debe decidir...hombre me gusta la vida pero ¿qué pesa más en la balanza? Yo como persona (creyente) puedo opinar que es una vida, pero no me siento capacitado para decir “usted no aborte”. Hay un derecho a la vida que me parece bien, pero luego hay un derecho a poder decidir por las circunstancias que sean...creo que hacemos mucha demagogia y cada uno sabe sus necesidades. (E9).

Por supuesto que yo apelo a la decisión de la mujer, sigo pensando que tendrán que decidir ellas con su conciencia...Moralmente me duelen mucho determinadas decisiones, pero que asuman ellas su conciencia, su moral...y a veces les digo “a mí personalmente no me tienes que contar si te viene bien o no, yo tengo que informarte de los recursos” “mi misión no es criticarte, mi misión es darte los caminos adecuados” (E14)



### 4.1.2 Desde el cuerpo de la mujer

Por otro lado, aparecen las voces que hablan desde el cuerpo de la mujer. Rechazan la cultura del tutelaje institucional del cuerpo de la mujer, a la vez que reivindican su autonomía y responsabilidad sobre el embarazo o aborto. Sin embargo, en algunas, el espectro del discurso patriarcal se deja notar en sus representaciones de la maternidad, al cargar a la mujer del sentimiento de responsabilidad hacia el cuidado de las hijas e hijos y de la correspondiente labilidad emocional, todo ello estereotipos marcadamente femeninos.

Creo que la mujer es la que tiene derecho a decidir sobre su maternidad o no maternidad, ya que es su cuerpo y es su cuerpo el que va a generar un nuevo ser... y sobre todo dada la sociedad que mantenemos, la mujer sigue ocupando todas las tareas de la familia, de la casa y va a ser después, no sólo con su pareja, sino ella la responsable del hijo que traiga (...) las personas lo van a vivir creo que siempre mal, pero la sociedad va a hacer que te hundas o va a hacer que des ese paso malo lo mejor posible, o puede hacerte más fuerte (E2)

Creo que tendría que ser libre porque la mujer es la que tiene que decidir sobre su cuerpo y sus propias circunstancias, para nadie es un plato de buen gusto abortar (...)en general hay muchas mujeres con depresión, trastornos de ansiedad, a todas las edades están con muchos problemas, con mucha carga (E3)

Estoy totalmente de acuerdo con la ley actual, creo que la mujer tiene derecho a elegir lo que quiere hacer con su cuerpo (E7)

No creo que haya que justificarlo al igual que otras cosas sobre tu cuerpo (E8)

### 4.1.3 Se cuestiona desde la inexperiencia

En nuestro país, la educación sexual generalizada representa una de las asignaturas pendientes en el área educativa. La ausencia de materias relacionadas con educación sexual e igualdad desde el ámbito escolar y posteriormente en la formación académica del personal de enfermería, unido a la escasa experiencia laboral, contribuyen a una representación del embarazo inscrito en la normalidad social. El no haberse cuestionado los límites de las prescripciones biomédicas, herencia del viejo tutelaje

patriarcal, genera dudas y ambigüedad en el personal joven a la hora de argumentar la aceptación de la interrupción voluntaria del embarazo, y llegan a legitimar algunos aspectos de la legislación androcéntrica sobre el cuerpo y la vida de la mujer:

Creo que es un derecho de la mujer abortar o no abortar... yo el aborto libre lo veo bien pero con ciertas medidas, que de verdad se vea que esa señora tiene un problema...me pongo en el lugar de la mujer y a saber...tampoco le vas a obligar a que tenga el hijo...yo lo que siempre tuve claro es lo de la violación, eso que no lo cambien ...luego lo de las malformaciones, que puedan elegir si quieren o no porque traer a un niño al mundo que le va a tocar sufrir...( E11)

#### 4.1.4 Se sentencia desde la experiencia

Reconocer el aborto como un derecho para toda mujer que se enfrente a un embarazo no deseado es el criterio del personal con amplia experiencia profesional en servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, a la vez que coincide en señalar lo que se considera un uso inadecuado o abuso de esta práctica, que en ocasiones se llega a recurrir como si se tratase de un método anticonceptivo o la píldora poscoital. Se sabe y reconoce que en la actualidad hay mucha información acerca de la sexualidad y anticoncepción, sin embargo está muy sesgada, sobre todo a través de las redes y los medios de comunicación, y no llega adecuadamente a la población. La ambigüedad de los mensajes que se transmiten sobre sexualidad, que se erotiza y banaliza a la vez que se silencia, confunden y como resultado tenemos un uso excesivo de esta práctica por falta de prevención.

Hay muchísimas leyendas urbanas sobre los anticonceptivos, hay mucha información que no se aclaran...hay poca conciencia de riesgo y algunas pasan mucho y se toman el aborto como tomarse la píldora del día después, pero a la mayoría creo que les afecta (E3)

Estoy de acuerdo con el aborto siempre y cuando se tomen medidas y no haya abusos, que los hay... lo vemos...es que llega a ser un método anticonceptivo...gente con abortos continuos porque lo usan como anticonceptivo...no todas son por falta de información, ....a veces puede ser por dejadez, ignorancia. (E13)

De acuerdo en determinados puntos, en determinados puntos no, es decir se está abusando. Yo creo que la mujer tiene que poder decidir, por supuesto...pero estamos llegando a puntos de niños con un labio leporino, por una brida...el niño a lo mejor nacía sin un pie (E14)

#### 4.1.5 Desde la pareja-hombre

Liberadas del tutelaje institucional, incluido la tutela del hombre, la mujer puede decidir libremente sobre la interrupción de su embarazo. Es decir, la ley libera de todo derecho y responsabilidad al hombre cuando una mujer no quiera seguir adelante con el embarazo. La mayoría del personal entrevistado, mujeres y hombres, se pronuncia a favor de tener en cuenta la opinión de la pareja si es una relación estable, aunque la decisión siempre la tiene que tener la mujer.

No puede legalmente tu pareja decidir porque no es el cuerpo de él, él se desvincula muy fácilmente del cuerpo del hijo y la mujer no (E12)

La representación heteronormativa, sin embargo, está más presente en el pensamiento conservador y religioso, prueba de ello es que sólo desde el perfil más religioso se contempla el tener algo más en cuenta la opinión del padre en tal decisión.

Porque ella decide pero si es una pareja estable y realmente se quieren...él también tendría que decir algo (E1)

#### 4.2 De la experiencia personal a la profesional

Las experiencias vitales, tanto personales como profesionales, van a marcar el guión de los discursos de las entrevistadas, a la vez que se reflejan en la construcción representacional del aborto. Cada informante encuadra su discurso desde perspectivas diferentes, con contenido más profesional cuando se ha estado o está trabajando en servicios relacionados con la anticoncepción, el embarazo, la interrupción voluntaria del embarazo o la salud mental.

A pesar de ser la enfermería una profesión que se ejerce desde la cercanía e interacción personal con las usuarias del servicio sanitario, y por tanto puede considerarse una fuente importante recabando información de la población atendida, el tabú de la sexualidad y del aborto en sí determina el escaso conocimiento de casos de mujeres que

hayan pasado por esta situación si no se trabaja en un área relacionada con la salud sexual y reproductiva.

En el caso de una enfermera, la experiencia vital de haber vivido en carne propia un aborto tras un embarazo deseado, aporta un testimonio en primera persona que marca todo el discurso desde las sensaciones y percepciones del proceso. Un discurso en el que se hacen explícitas las relaciones que establece la mujer con su cuerpo durante el embarazo, a la vez que se entrevé el conflicto que viven muchas mujeres que rechazan el llamado instinto maternal y la representación de la maternidad como sentimiento de responsabilidad femenina. La representación del embarazo deseado se torna inconscientemente en actividad cognitiva y responsabilidad en cada momento y las veinticuatro horas del día, lo que, según nuestra informante, determina unos vínculos emocionales que unidos a las alteraciones hormonales del cuerpo gestante van a determinar las secuelas del aborto espontáneo. Interpretación de una realidad vivida que hace extensible al aborto libre.

Inconscientemente estás relacionando todo lo que está en tu entorno y va a hacer que te unas más a ese ser por muy fría que seas o poco maternal que seas (...) yo pensaba “voy a ser una mala madre porque después de seis meses no tengo esa sensación de maternidad que se dice que tenemos con el embarazo” pero inconscientemente estas pendiente y ya te crea una sensación de responsabilidad de alguien que depende de ti, y que va a ser mejor o peor, tanto física como mentalmente, según tú estés viviendo esos momentos...yo no lo viví como una maternidad de esa maternidades posesivas, pero aun desde la parte más fría creo que el vínculo está ahí, no puedes renunciar a él...Una segunda persona que va depender de todo lo que yo haga y que mi vida va a estar condicionada por ello, con el fin de protegerlo (...) El cuerpo sufre una descarga hormonal que te altera física y emocionalmente (...) esa mismas alteraciones las va a sufrir tanto una mujer que va a tener un hijo deseado y que lo perdió, como una persona que empieza ese proceso de embarazo aunque no lo desee (E2)

Durante años y hasta su legalización, el aborto ha sido una realidad oculta que sin embargo corría de boca en boca. Las mujeres con poder adquisitivo iban a Londres a abortar, incluso, como se mencionó antes, desde agrupaciones feministas estaba el viaje completamente organizado. Las mujeres de escasos recursos acudían a métodos caseros como la aguja y el perejil o a aborteras que les ayudaban a realizarlo, no sin estar exentos todos ellos de graves peligros para la salud de la mujer que acababan hospitalizadas por complicaciones, cuando no engrosaban las estadísticas de mortalidad. La edad del personal de enfermería unido a la trayectoria profesional, abarrotada de experiencias diversas, proporcionan una testimonio valiosísimo de lo que

fue esa época en que abortar era delito, donde una mayoría de los casos acababan siendo atendidos en el sistema público con total discreción (lo que contribuía a un subregistro de casos) sino caían en manos de algún profesional inquisidor. Aprobada la Ley de supuestos de 1985, las cosas cambiaron, ya se podía acudir al sistema público de salud pero solo en los casos establecidos, lo que llevó al abuso del supuesto de daño a la salud física o psíquica de la madre. Este requisito, el de enfermedad psíquica de la mujer, pasó a ser un coladero de la interrupción voluntaria del embarazo, ocupando el porcentaje más elevado de abortos en España, y que tras la entrada en vigor de la Ley 2/2010, 3 marzo, pasó a considerarse “a petición de la mujer”. Las clínicas privadas donde se practicaban los abortos con garantía asistencial empezaron a ser conocidas, era una opción válida y a donde mayoritariamente recurrían las mujeres que lo necesitaban y los profesionales sanitarios que no dudaban en derivarlas.

En los años 80 aproximadamente (...) la gente que ingresaba en el hospital podía ser por un aborto espontáneo aunque a veces se sospechaba que no era tan espontáneo (...) yo hice matrona y ejercí poco tiempo y se dieron casos de que la gente venía a abortar, pero no sé...yo no me atrevía a preguntarle, yo no sé si es que venían a abortar porque habían hecho por abortar o si se trataba de abortos espontáneos (E1)

Viví situaciones coyunturales del entorno, la gente se iba a abortar a Londres, se tenía que buscar la vida...cuando ya estaba la Ley de supuestos conozco un caso...fue por privado, pagó y era una opción más sana que tener que fugarse al extranjero (E6)

Liberados los profesionales de la inducción al delito, con la legislación de 1985 se propició la apertura de clínicas privadas donde se realizaban los abortos bajo el supuesto de riesgo para la salud de la madre. La entrada en vigor de la actual Ley de sistema de plazos, que recoge la interrupción voluntaria del embarazo hasta la 14 semana de gestación, y que permite que la mujer puede ser atendida en cualquier hospital del sistema público de salud, salvo cuando las resistencias profesionales a realizarlo lo impiden por acogerse a la objeción de conciencia, supone la seguridad jurídica tanto para la mujer que recurre a él como para las y los profesionales que lo practican. Al no depender del dictamen psiquiátrico, se liberó a la mujer de obstáculos y se agilizó el proceso, excepto en algunos casos, cuando es necesario desplazarse a otra ciudad para realizarlo en algún otro hospital público o clínica privada concertada. Por otro lado, se constata que la mayor rapidez e intimidad es algo que valoran mucho las

mujeres que deciden abortar por lo que una gran mayoría sigue acudiendo a las clínicas privadas y acreditadas para la realización de IVE.

Los testimonios del personal que realiza la atención inicial, desde servicios de salud sexual y reproductiva, presentan un amplio abanico de realidades y con enfoques muy diferentes.

Aquí hemos visto a gente con un embarazo muy avanzado, y ves el feto perfectamente formado, creo que en esas semanas es un poco complicado, incluso en el personal que está a favor del aborto (...) Rozando las 14 semanas...si le ves ya formado con sus partes, su columna...se sabe que no es viable, es cierto, pero mentalmente te cuesta más, y eso que yo estoy a favor del aborto (E3)

Ahora hay un montón de sitios, más accesibles, más especializados, con más asepsia, no con los precios que había antes por lo que se metían en cualquier sitio...yo conozco casos de otras épocas...era diferente, antes los abortos sépticos que ya venían con una infección y el peligro...eso ha cambiado. La gente tiene muchos medios informativos y aunque haya mucha gente ignorante tiene acceso a todo (E13)

Los abortos muchos pasan antes por aquí...otros como quieren hacerlo más en secreto ya van directamente al COF y muchas van al privado, muchísimos, creo que es para que nadie se entere y porque es mucho más rápido, ...en el privado se lo hacen en el mismo momento que llegan...yo ya he tenido a gente de llegar hacérselo y luego arrepentirse de haberlo hecho...a la semana siguiente te vienen por aquí que claro que si lo hubiera pensado mejor y claro ya se lo hicieron todo en el mismo día...En el COF no hay demora, se tienen en cuenta los tres días de reflexión que marca la ley...y no suele haber ningún problema, muchas de las que van no lo hacen. El perfil es una mujer que embarazó y no estaba utilizando métodos anticonceptivos, o estaba utilizando el preservativo...más las solteras que las casadas...normalmente suele ser una persona con una relación estable...y te dicen “no me viene bien”. No hay una edad, ni más jóvenes ni más mayores, la última que atendí tiene 35 años...no precisamente las más jóvenes vienen solicitando abortar...también algunas vienen del segundo embarazo y dicen “me hice un IVE el año pasado en el privado”, de esas también hay bastantes. Los métodos anticonceptivos están pero no sabemos cómo no los utilizan...desde que están financiados ha disminuido su consumo, los laboratorios no se lo explican (E14)

Las técnicas utilizadas para provocar un aborto, como la dilatación y el legrado o curetaje, que requieren de anestesia general, no son métodos de elección en la interrupción voluntaria del embarazo, es decir, antes de las 14 semanas de gestación. El misoprostol es la prostaglandina de elección como método médico, y el método quirúrgico es la aspiración al vacío que se realiza con sedación no anestesia local y generalmente combinada con el misoprostol como preparación cervical previa. Nuestra informante, desde la experiencia in situ, destaca la labilidad emocional de las más jóvenes frente a esta intervención que se reduce a una técnica quirúrgica bastante sencilla. Desde su perspectiva, le resta importancia “al aborto en sí”, aunque aquí cabría

tener en cuenta el posible duelo ante la experiencia del aborto que podrían estar haciendo las más jóvenes como recogieron en un estudio venezolano sobre adolescentes Marquina y Cira (2007: 23-24) y que refieren como condición causal a sentir el duelo, en una etapa que se encuentran desarrollando la búsqueda de su identidad “femenina”, el reconocer que acabaron con una vida o al menos fueron permisivas para que esta vida no continuara su evolución.

Todo es por aspiración...las chicas venían nerviosas, algunas eran bastante jóvenes y nunca habían entrado en un quirófano y no por las características del aborto en sí...los chicos que venían a realizar una vasectomía a lo mejor venían más nerviosos pero las chicas son más de llorar. No son de entubar, solo sedación...la aspiración es a través de vagina y ecógrafo...No es como en el aborto espontáneo, a veces ya están muy formados y ella (la mujer) lo pasa peor en quirófano de GINE que en quirófano de IVE (E12)

Algunos trabajos realizados en países de Europa Occidental señalan que las mujeres inmigrantes procedentes de países con facilidad de acceso a la IVE, y con poca formación y experiencia en el uso de métodos anticonceptivos, reproducen el comportamiento de su país de origen en cuanto a la sexualidad y a la salud reproductiva; y por ello recurren frecuentemente al aborto ante embarazos no deseados en los países de acogida (Orjuela, Ronda y Regidor, 2009: 215). Aquí también se evidencia ese comportamiento y una mayor frecuencia de abortos voluntarios en las mujeres inmigrantes.

Las españolas venían hechas polvo, era una decisión difícil de tomar, no estaban seguras...sin embargo algunas mujeres latinoamericanas venían a abortar como si fuesen a tomarse un anticonceptivo, ya habían tenido dos o tres abortos anteriores (E5)

La salud mental aporta otro enfoque, otras experiencias, a veces extremas. Surgen otros planteamientos, como las secuelas en las mujeres que han dado en adopción sus hijas e hijos, o las de llevar a término un embarazo no deseado. Las representaciones que sobre la maternidad puedan tener las mujeres “incapacitadas” por la Administración o las que puedan tener esas madres obligadas a dar en adopción el fruto de su embarazo.

Al principio me echaba las manos a la cabeza con la realidad, pues no se ve en otros sitios...y piensas que verdaderamente ellas deben ser libres para tomar esa decisión...y encauzar su vida lejos de su familia...creo que la ley está coja en ese sentido es demasiado protectora... Cuantos casos hemos visto de estos... “mi hijo está dado en adopción, me hicieron hacer”...Dar hijos en adopción crea problemas en casos y en otros no...muchas veces verbalizan que los dieron en contra de su voluntad porque ellas no se veían malas para cuidarlos (E4)

El tiempo nos ha dado la razón de que ese niño iba a tener una infancia terrible, sus padres eran psicóticos...a veces también hay gente que no está capacitada para decidir y no por edad (E6)

### 4.3. La conjunción del pensamiento católico y feminista

Existen estudios que ponen de manifiesto la discordancia entre las actitudes y el comportamiento de las mujeres que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo. Declarándose ideológicamente en contra el aborto, justifican su caso particular como necesario. Es lo que se le podía denominar como “insolidaridad femenina” (Perdiz, 2009:15). Del mismo modo nos encontramos con mujeres que mantiene una actitud tolerante hacia la decisión de las demás, lo que podríamos llamar “solidaridad femenina”, pero ellas se reconocen contrarias al aborto, bien por la consideración de ser humano del no nacido o porque no se les ha planteado la situación de tener que decidir.

Para la jerarquía católica, abortar es una herejía porque se considera que el primer derecho que debe protegerse es el de los más débiles e indefensos, como el nasciturus. Pero muchas mujeres católicas, si bien consideran que el nasciturus es un bien jurídico que requiere protección, no por ello se le puede dar más valor a la vida del no nacido que a la vida de la mujer, que es un sujeto de derecho.

Por indigerible que parezca, pueden coexistir en la misma persona creencias aparentemente contradictorias pero que están totalmente integradas por militancia. En nuestra realidad empírica podemos observar la conjunción de actitudes conservadoras, tolerantes y liberales en una sola informante. En este caso, la combinación de creencias católicas y pensamiento feminista puede dificultar la coherencia discursiva al entremezclarse el conservadurismo patriarcal o rechazo al aborto en el terreno personal que se manifiesta con “yo como católica no soy partidaria del aborto”; a la vez que la tolerancia hacia la decisión de las demás mujeres, desarrollada, en parte, por experiencia profesional, le hace ponerse en lugar de la otra diciendo “hay que verse en las circunstancias...no es fácil”; y, por último, la militancia feminista le lleva a reivindicar la libertad de las mujeres a decidir sobre la interrupción de su embarazo, expresándolo como “es la mujer la que tiene que decidir”. Mientras el conflicto creado por la confrontación de dos posicionamientos opuestos ante el derecho del no nacido y el



derecho de la madre a decidir sobre su embarazo se resuelve con “que sea la conciencia de la madre la que decida”. Heredera de la ideología patriarcal en rechazar el aborto libre “ya por educación, ya por principios, ya por la moral católica que me dieron, hay cosas que me chirrían de las compañeras que defienden el aborto en sí”, a la vez legitima el catolicismo de Jesús de Nazaret para defenderlo “Dios nos hizo libres...y la conciencia no se debe coartar” y denunciar la propia moral católica conservadora “la Iglesia en algunos aspectos está bastante alejada de la ley eclesiástica, la ley que creó Jesús de Nazaret... él no sería tan estricto ... Jesús era un hombre que no condenaba”.

Las jerarquías eclesiásticas pretenden controlar la vida de las personas, pero sobre todo la de la mujer, su cuerpo y su capacidad reproductora, de ahí que ya se hayan posicionado en su momento en contra de los métodos anticonceptivos, la píldora poscoital, los tratamientos de reproducción asistida y ahora de la interrupción voluntaria del embarazo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Viena 1993) que recoge que todos y todas somos iguales, al igual que la Ley Orgánica 3/2007 de Igualdad Efectiva entre las Mujeres y Hombres, parece que no atañe a la Iglesia pues las mujeres siguen estando ausentes en sus espacios de toma de decisiones.

Las católicas feministas, organización a la que pertenece la informante de las citas de este apartado, se oponen a la jerarquía eclesiástica; su punto de regencia es Jesús de Nazaret y denuncian este sistema patriarcal que fundamenta las religiones.

A decir verdad, Jesús nunca se pronunció ni a favor ni en contra de la sexualidad (...) Él ha condenado explícitamente la avaricia, el poder y la soberbia, la mentira y la hipocresía: nada de un tono semejante encontramos contra la lujuria. Pero lo que en Jesús ha sido mesura y misericordia, en la polémica de los primeros siglos quedará como aprobación, obsesión, misoginismo. Mientras Jesús mantiene en una dignidad admirable a la mujer, las interpretaciones posteriores la harán responsable del pecado original, corruptora del hombre y su infatigable tentadora. Ella estará sometida al hombre, puesto que ella ha sido la causa de su perdición (Amezúa, 1974:48)

El feminismo ha proporcionado a estas mujeres católicas elementos teóricos para poder analizar su religión y descifrar los elementos patriarcales y de poder androcéntrico que se dan en ella, y desde ahí han recuperado su tradición en clave feminista. Como explica la teóloga feminista Margarita Pintos<sup>15</sup>, una mujer puede ser feminista y católica en los márgenes, es decir, siendo ignorada por la jerarquía eclesiástica, dado que es imposible

<sup>15</sup> En una entrevista a Margarita Pintos por Redacción (2013) “Teología feminista, otra perspectiva del feminismo y la Religión” *Con la A*. Edición nº 18, 8 de Enero [http://conlaa.org/numero.18/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=59](http://conlaa.org/numero.18/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=59)

ser feminista dentro de la institución jerárquica. Y sólo así pueden llegar a defender la sexualidad como parte del ser humano y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

#### 4.4. Sometimiento al mandato patriarcal católico

Desde el pensamiento y las investigaciones feministas se planteó la necesidad de deconstrucción de las relaciones sociales establecidas a través de conceptos como el sexo, el género y la sexualidad que establecen binomios como el de sexualidad-reproducción. Esto nos permite observar cómo se interiorizan los valores y las normas, tanto a nivel individual como grupal, de la cultura patriarcal falocéntrica, y como se subordina la sexualidad de las mujeres a la de los hombres a través de mecanismos de control institucional como son la familia, la medicina, la religión o las leyes. La cultura de género, además de imponer las identidades sexuales, establece el modelo de heteronormatividad en las relaciones sexuales, donde el matrimonio heterosexual es la institución que canaliza la sexualidad humana hacia la fertilidad. Las relaciones de género junto con el modelo hegemónico de sexualidad no sólo facilitan la reproducción biológica, las llamadas relaciones de reproducción, sino también el resto de cuestiones materiales y económicas, lo que se ha venido llamando relaciones de producción (Moreno y Pichardo, 2006:148).

Esta construcción cultural del sistema sexo-género que exagera las diferencias y establece la jerarquía de poder en sus relaciones, durante el sometimiento al mandato patriarcal llega a percibirse como algo natural e inmutable (Scott, 1991:187)<sup>16</sup>. La mujer se subordina a lo natural por su biología que le capacita para dar vida. Lo sexual, la actividad sexual, es considerado natural, instintivo y propio de los hombres, mientras a las mujeres se les considera asexuales y sin deseo sexual que se contraponga al instinto materno. Este mecanismo de control de la sexualidad de la mujer que permite ponerla al servicio del hombre y de la procreación, unido a la monogamia heteronormativa,

---

<sup>16</sup> Citado en Téllez, Anastasia (2011) "Mujer/es, sexo social y género/s" en Máster en Igualdad y género en el ámbito público y privado. Interuniversitario Internacional 2011/2013 -5ª Edición. <http://www.masterigualdad.uji.es>

asegura el capital genético del marido y junto a los roles de cuidado se facilitará el desarrollo demográfico de la sociedad.

Esta subordinación incondicional de la mujer del modelo androcéntrico sigue vigente en los gobiernos actuales de ideología conservadora, y goza de la complicidad de las religiones, en nuestro caso de la Iglesia Católica. Como escribe Rosa Cobo(2013)el modelo de mujer y familia que siguen el fundamentalismo cristiano gira en torno a una vuelta al pasado, atenta contra la libertad de la mujer e intenta neutralizar a la ideología de género, al feminismo y a las ideologías de derechos humanos. Es una propuesta de regreso de las mujeres al hogar como lugar natural donde pueden alcanzar la felicidad, que asuman como obligación y elección las tareas de reproducción y cuidado, y que acepten voluntariamente la autoridad masculina. También supone el renegar de la mujer de su autonomía y libertad en el terreno sexual, por lo que se empeñan en eliminar las leyes sobre los derechos sexuales y reproductivos e interrupción voluntaria del embarazo.

“Hasta el triunfo de la Revolución Francesa, el cristianismo, en su versión católica y protestante, era la principal fuente de legitimación del poder absoluto. Dios se convirtió en el gran argumento para legitimar las monarquías absolutas y la injusta estratificación estamental (...) En este contexto, la Ilustración propondrá a la conciencia de su época que Dios y la religión sean expulsados del Estado y colocado en el ámbito íntimo de las creencias” (Cobo, 2013)

El análisis de esta autora parte del pensamiento ilustrado que apuesta por la razón frente a los prejuicios y de un espíritu renovador que predicaba la igualdad y la libertad para todos, lo que permitió a las mujeres vindicar la igualdad de los sexos. Tras la Revolución Francesa las religiones fueron perdiendo poder en la esfera política y social, quedando relegada a la esfera de lo privado. Sin embargo, a mediados del siglo XX la religión comienza a recuperar fuerza y presencia a través de la ideología conservadora. Los gobiernos conservadores encuentran en la religión la herramienta adecuada para mantener su ideología de dominación y mantener a las mujeres ceñidas en los parámetros sagrados de la maternidad. Con ello se garantiza el orden político, social y económico establecido, es decir, se mantiene la estructura patriarcal de relaciones de género, de clases y el estatus de inferioridad de las mujeres. Ejemplo de la transgresión de estos preceptos sagrados y patriarcales sobre las maternidades, es que a pesar de no ser delito en estos momentos, conlleva en la mujer que interrumpe voluntariamente el

embarazo el sentimiento de culpa, promueve su ocultamiento y facilita que siga siendo tabú y por tanto su recriminación social.

En el análisis de la realidad actual por parte del personal de enfermería se valoran los avances en materia de igualdad en los últimos años, a través de la democracia y sobre todo con la transformación tanto de leyes como de actitudes sociales y personales. Sin embargo lamentan en general que estos logros continúen siendo insuficientes. Algunas aun recuerdan épocas vividas donde la mujer necesitaba del “permiso del marido”, y las resistencias al cambio incluso después del año 1978.

Había cosas que se hacían antes que yo no estaba de acuerdo, como cuando se tenía que pedir permiso al marido para hacer una ligadura de trompas, era lo que había...me parecía mal. Hay mucha gente que aun le suene mal que tengas separación de bienes...yo me fui de un banco por pedirme la firma de mi marido, en una cuenta mía...era mi nómina, era mi cuenta y no me daban el dinero. Yo no iba a firmarle a él nunca nada y yo cada vez que necesitaba sí...no es normal que con separación de bienes y mi nómina que entraba allí tuviera que pedirle permiso a mi marido para algo...era la normativa del banco, no sé en qué año fue pero fue más tarde del 78...No hay igualdad, queda mucho por conseguir, lo ves entre los chicos y las chicas jóvenes, sigue habiendo muchas cosas que no son de igualdad, para nada, los roles...cuando me casé tuve que luchar con el ¿cómo te...?, “yo te bajo la basura, yo te...” aún así después de avanzar mucho sigue siendo nuestro rol, aun estamos a años luz de cambiar (E13)

En España, los avances en igualdad de oportunidades y derechos de las mujeres han sido significativos y progresivos en las últimas décadas, sobre todo desde la creación del Instituto de la Mujer en 1983, y con la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres de 2007, que establece el fundamento jurídico para avanzar hacia la igualdad efectiva en todos los ámbitos de la vida social, política, económica, cultural y deportiva. A pesar de ello, el personal entrevistado reconoce que la mujer tiene que seguir luchando para mantenerse como un sujeto de pleno derecho, pues las últimas reformas legislativas y recortes que el actual gobierno está llevando a cabo, en nombre de la crisis económica, van a permitir una subyugación mayor de las mujeres. Los recortes en sanidad, en educación o a personas en situación de dependencia van a suponer una sobrecarga para las mujeres porque siguen soportando como rol principal el de cuidadoras, lo que conllevará un retroceso en sus derechos y libertades.

En pleno siglo XXI, en vez de seguir una evolución de tener más poder y poder de decidir, cada vez, al contrario, estamos más subyugadas y nos quieren subyugar más (E3)

La igualdad no existe, es demagogia...la igualdad existe entre comillas, una parte de igualdad está en el trabajo, pero cada vez la mujer carga con más contenidos...si la mujer trabaja, además la

cargamos con los niños, con su padre y madre si son mayores, y además con la suegra y el suegro ...la mujer es una lucha continua para intentar la igualdad...debería haber un trato más igualitario en la gente joven, no obstante viendo los programas...parece que estamos retrocediendo. En enfermería creo que hay una buena evolución (E9)

Entre las razones que ven en el proyecto de modificación de la Ley del 2010 sobre el aborto, además de la ideología conservadora, es el peso que tienen las jerarquías de la Iglesia Católica, sobre todo el Opus, en el actual gobierno que pretende volver al sometimiento de las mujeres a través de la sacralización de la maternidad, el matrimonio heterosexual y la familia.

Aunque la mujer ganó terreno...antes era impensable (...) hay control sobre el cuerpo de la mujer porque la sociedad siempre fue machista y en el patriarcado el que contaba era el pater familia, era el que decidía cuántos hijos tener (E1)

Detrás de todos estos políticos de ideología de derechas, hay mucha más derecha y el Opus lo está moviendo todo...su objetivo es mantener las clases(...)La ideología conservadora pretende que las mujeres sean castas y que sólo puedan vivir para procrearse (...) Es pura hipocresía, de cara a la sociedad pretenden dar una imagen ideal de núcleo familiar perfecto, pero luego están separados, mientras a los demás los castran si lo quieren hacer(...) La ideología conservadora les mete a las mujeres la creencia de la seguridad del matrimonio, del círculo familiar (...) la idealización de la maternidad, al igual que el de la pareja, como en los cuentos de Walt Disney o Caperucita Roja cuando éramos pequeñitas (E2)

El factor religioso influye...no hay religión que deje a la mujer en paz, nos quieren sometidas (E6)

Sin embargo, en el testimonio de una de las entrevistadas encontramos un claro reflejo de cómo está calando de nuevo el discurso dominante en algunas mujeres, de sometimiento al instinto materno para hacerlas prisioneras de su naturaleza biológica.

Somos distintas y eso es bonito. Las mujeres y los hombres somos distintos, nos caracterizamos por cosas distintas, ¿qué lo interiorizamos? A lo mejor. Porque rechazar que la mujer tiene instinto maternal, yo no lo rechazo, es parte de mí, yo mujer (E7)

Pero al argumentarlo, aparece una representación del instinto maternal que se escapa al discurso convencional del deseo o pulsión a ser madre a toda costa, de lograr la femineidad adulta a través de la maternidad

El vínculo que genera una mujer con su bebé es distinto que el de su pareja...en mi caso fue un deseo compartido con mi pareja...hasta que hablé con mi pareja, decidimos y tuvimos ganas de ser padres tampoco tenía ese instinto de “yo para realizarme tengo que ser madre”, no (E7)

Aunque las desigualdades y discriminaciones por razón de sexo son incompatibles con la democracia, siguen existiendo muchos retos relacionados con las necesidades e intereses de las mujeres, debido en parte a la falta de concienciación social para poder erradicar esas diferencias que aún perduran como estereotipos y roles diferenciados que ponen en desventaja a las mujeres con respecto a los hombres. Dependiendo de las gafas que se lleven puestas, como se acostumbra a decir coloquialmente si se tiene en cuenta o no la perspectiva de género, esta realidad sobre la igualdad se puede interpretar de modos muy distintos e incluso opuestos, lo que queda bien reflejado en los testimonios del personal más joven:

La igualdad sí, a los niveles que yo me muevo si se ha alcanzado la igualdad, también es cierto que a nivel de empresa privada no se ha alcanzado la igualdad, la mujer corre el riesgo de quedarse sin trabajo si se queda embarazada...mi marido siempre trabajó en empresas multinacionales y los puestos directivos estaban casi todos en manos de mujeres...en el gobierno actual hay también muchas mujeres (E7)

A mí fue como me educaron de pequeña. La mujer es igual al hombre, así como el hombre decide, la mujer decide. Igual que el hombre manda, la mujer manda...la educación influye, es lo que te inculcan ...yo soy pasota...yo respeto, pero lo ideal es la libertad, que no nos la coarten (E8)

La igualdad completa, completa aun no. No sabría decirte...pero en el hospital a nivel médico le hacen más caso a un médico que a una médica. Al verme chico se dirigen antes a mí...Yo, por experiencia propia, siempre he visto que las mejores notas, tanto en el Instituto como en la carrera, eran de las chicas (E10)

La igualdad no se si se ha alcanzado en todos los ámbitos, pero yo nunca me sentí discriminada por ser mujer en ningún sitio (E12)

A medida que se avanza en edad y experiencia cambia la perspectiva de análisis del personal de enfermería y las sentencias son más duras a esas desigualdades socialmente aceptadas:

Sólo hay que ver las fotos de Pamplona<sup>17</sup>, me da la idea de la violencia estructural hacia la mujer, ya no deberían ni salir porque se está estimulando un sentimiento machista de lujuria, a que la mujer sea objeto (E9)

---

<sup>17</sup> Este año, los medios de comunicación se hicieron eco de las denuncias de las agresiones sexistas en las fiestas de los Sanfermines. Además de otras agresiones sexuales, es una práctica bastante habitual, que durante estas fiestas donde corre el alcohol tanto dentro del cuerpo como por fuera, empapando las vestimentas de las personas allí concentradas, estas se desnuden de cintura para arriba, lo que conlleva en el caso de las mujeres a ser objeto de tocamientos masivos de sus pechos por parte de los chicos. Imágenes que suelen aprovechar los medios de comunicación para ilustrar sus artículos sobre esta celebración. Varias personas denuncian estos hechos, tal como escribe Emilia Laura Arias "aceptar esas imágenes como una alegre bacanal legitima la dominación masculina y el acoso sexista". En *Sanfermines: borracheras, encierros ¿y tocamientos?*. Por Miguel Ángel Medina. El País. 12 de julio de 2013.

## 4.5. La Reforma de la actual Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos

Pasaron tres décadas desde que las feministas gritaban en las calles “nosotras parimos, nosotras decidimos”, lo que posibilitó que hoy en día las mujeres puedan hablar por sí mismas y decidir sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su embarazo, además de alcanzar la seguridad de las mujeres que abortan y del personal que las atiende. Ahora, el aborto que tanto ha estigmatizado a la mujer, deja de ser un delito y pasa a ser una elección. Y para favorecer nuevas representaciones simbólicas en relación con el aborto se ha reetiquetado como “interrupción voluntaria del embarazo”, con lo cual se nombra lo que realmente es ese proceso (embarazo) donde está inmersa la mujer y que decide no continuar. Pero, como venimos señalando, los sectores ultraconservadores están empeñados en mantener el viejo orden patriarcal a través del tutelaje del cuerpo de la mujer. El cambio de signo político del gobierno actual, deudor del voto conservador, está poniendo en peligro estos logros alcanzados en materia de derechos sexuales y reproductivos. Y su retórica en el debate público es intentar confundir a la ciudadanía apropiándose de algunos términos progresista e invirtiendo su significado como sucede con el de “violencia estructural contra las mujeres” para atacar la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, cuando con anterioridad había sido utilizado, desde una perspectiva de género, por voces feministas para denunciar la situación de la mujer en el marco constrictivo de una legislación prohibicionista del aborto. Otra estrategia persuasiva que están empleando es el uso de vocablos y expresiones con una significación social punitiva propios de la retórica religiosa como “matar a una persona indefensa”. Y es que los que ocupan la jerarquía eclesiástica, defensores del pensamiento único, a su vez se auto-reconocen como los únicos poseedores de la Verdad, la única Verdad que es la de la Iglesia, y por tanto rechazan cualquier realidad que no se ajuste a sus parámetros, tal como queda recogido en el testimonio de un sacerdote del Opus:

Como esas mujeres feministas que pretenden imponer su opinión y luchar contra la Verdad en lugar de ser felices...es una aberración matar a una persona por tener una malformación, desde el momento de la concepción, es una vida autónoma e independiente de la mujer. Las mujeres son las portadoras y sustento de esa vida. Solo Dios puede disponer de esa vida<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Aportación del capellán de uno de los hospitales de la Xerencia de Xestión Integrada de Vigo en el momento de estar realizando este trabajo de investigación, y al que se acudió por si pudiera aportar información acerca de personal de enfermería perteneciente

En este línea de invertir el discurso, demonizar y descalificar a las feministas, cuando se trata de defender la penalización del aborto, se pronunciaba el año pasado Javier Arenas<sup>19</sup>, presidente del PP de Andalucía, al declarar en una entrevista no temer “a la violencia feminista que practican entre ellas y hacia los hombres...Cuando esas feministas vuelvan a estar cómodamente en su casa, educando a sus hijos y cuidando de sus familias, nos lo agradecerán”. Y lo harán porque, según el candidato, la sociedad será mejor, no se producirán tantos fracasos matrimoniales, los jóvenes dejarán de descarriarse, las familias volverán a corresponderse con los modelos tradicionales e incluso se reactivará el empleo. Y apoyará la reforma de la Ley del Aborto para proteger la maternidad y a la mujer “de la violencia estructural que le obliga a abortar”.

La ideología ultraconservadora y las élites políticas conservadoras reproducen el discurso de la Conferencia Episcopal de apoyo o garantizar el derecho a la vida del no nacido, con la finalidad de retroceder en la legislación a tiempos más remotos de 1985, año en que se despenalizó parcialmente el aborto. El anteproyecto de la contrarreforma de la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos que ha preparado el actual ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, de llegar a aprobarse, supondrá el final del periodo en que la mujer pueda decidir libremente sobre la interrupción de su embarazo. La reformulación de la ley partiendo del principio de “defensa del derecho a la vida” volverá a un sistema de supuestos más restrictiva que la de 1985 dado que se excluirá el aborto eugenésico por malformación fetal, alegando el evitar desproteger al concebido indefenso, además de retroceder en el consentimiento “paterno” para las menores de 18 años. A la vez que se retroalimentan, se evidencia que el fundamentalismo religioso vuelve a sostenerse del gobierno para extenderse, y a través de la legislación pretenden volver al viejo modelo de dominio del sexismo androcéntrico. La cúpula de Iglesia no ha estado nunca conforme con el aborto, en ninguna de sus formulaciones, desde la despenalización de 1985 a la ley de plazos de 2010, por considerarlo un impedimento de los derechos a los niños por nacer frente a lo que consideran abusos de las mujeres.

“El derecho a la vida de la persona es un derecho fundamental. Constituye la base ética primordial de todo ordenamiento jurídico que quiera considerarse justo, proporcionándole un fundamento prepolítico indispensable para el orden constitucional y, por ser anterior a él, ha de ser respetado,

---

a esta organización, en el intento de localizar a profesionales de enfermería que se posicionasen en contra de la interrupción voluntaria del embarazo.

<sup>19</sup> Extraído de la página web de FASE-CGT (Federación Andaluza de Sindicatos de Enseñanza) Diario El Mundo “La mujer tiene que volver al hogar” 10 marzo, 2012. <http://www.fasecgt.org/spip.php?article14893>



protegido y promovido por el derecho positivo en todas sus expresiones legislativas (...) La vida es un bien sagrado que el ser humano recibe de Dios (...) Ninguna instancia humana puede disponer de la vida de un ser humano inocente”Rouco Varela<sup>20</sup>.

Mientras los sondeos vienen a demostrar que la mayoría de la población española no está de acuerdo con una ley restrictiva del aborto, para el personal de enfermería, ya sea de ideología de derechas o izquierdas, creyente o no, la Reforma de la Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva e IVE, que actualmente el ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, pretende llevar a cabo, supone un retroceso de varias décadas y se vislumbra como un regreso a los tiempos oscuros del aborto, como una propuesta de la vuelta al hogar y de minusvalía de las mujeres. Consideran que desprotege, discrimina y limita los derechos de las mujeres sobre sus cuerpos y se presupone que responde a intereses ideológicos y religiosos de una minoría, en especial al Opus. Supone, además, un riesgo para la salud de las mujeres, pues se sabe de antemano que lejos de reducir la práctica del aborto se verán abocadas a realizarlo en la clandestinidad como sucede siempre que está penalizado, lo que en situaciones económicas de precariedad donde no puedan permitirse costear los gastos de una clínica privada se realizaran en condiciones sin garantías de salubridad. Además de calificar la Reforma de retrógrada, denuncian de hipocresía y la doble moral el basarla en la defensa de la vida del no nacido y dando a entender como si la actual ley obligase a abortar a las mujeres.

Como se decía en el primer apartado del análisis de este material, la mayoría del personal de enfermería está a favor de la legislación actual sobre la interrupción voluntaria del embarazo, incluso alguno considera que los plazos podrían ampliarse. Por otro lado, se perciben como insuficientes los progresos en materia de igualdad, planificación y educación sexual y apuntan que una ley restrictiva, que amenaza con volver a un pasado no tan lejano, no va a suponer el descenso del número de abortos.

Los testimonios, en general, destacan de la Reforma el retroceso que va suponer y poner en peligro la salud de la mujer, debido al endeudamiento del actual gobierno con el voto conservador y la Iglesia.

---

<sup>20</sup> Declaraciones del arzobispo de Madrid Antonio Rouco Varela ante un baño de multitudes en la quinta Fiesta de la Familia donde dejaba claro su mensaje antiaborto. Recogidas en por Aurora Muñoz Lara en el artículo Rouco lanza su primer mensaje al PP para cambiar la ley del aborto. El País, 30 de diciembre de 2011.

Es un retraso, no conduce a nada. Porque la gente que quiere abortar lo seguirá haciendo igual pero en peores condiciones...habrá abortos en condiciones nefastas, entonces en ese sentido es peor porque lastran la vida de unas personas” (E1)

Detrás de todos estos políticos de ideología de derechas, hay mucha más derecha y el Opus lo está moviendo todo, porque el Opus tiene mucho dinero y cuando ese dinero se da es a cambio de algo...cuantos más hijos tenga la gente menos posibilidades de adquirir cultura y educación...su objetivo es mantener las clases (...) la gente de élite que no tiene problemas económicos y van a tener quienes les cuiden los hijos y profesores particulares, les viene bien esa mentalidad (E2)

Es puramente ideológica esta reforma, no se vuelve atrás por el número de abortos, porque va a haber igual o incluso más. No sé...por presión de la Iglesia...defiende lo suyo...que las mujeres se dediquen a procrear. La Iglesia no ha estado en la realidad nunca y ahora menos (...) los que imponen (el no al aborto) son los que están arriba en la pirámide eclesíastica...Es una manera de poder: La mujer, además, en la Iglesia no tiene ningún papel relevante. Aquí cualquiera decide por la mujer. (E3)

Hasta ahora no es restrictiva, ahora la quieren poner más restrictiva y no me parece bien...será que está influenciada por otros sectores, yo no me lo explico...dicen que es por el derecho a la vida de todo ser engendrado aunque tenga malformaciones tiene derecho a vivir, no estoy de acuerdo con la Reforma que van a hacer... me parece una crueldad un aborto a los ocho meses, pero piensas que cuando ocurre una cosa de esas que acaba de pasar en el Salvador<sup>21</sup> En sanidad hay exceso de proteccionismo, al paciente se le protege, eso es lo que veo...y eso se transmite a la mujer. (E4)

La reforma que quiere hacer el actual ministro de justicia me parece una auténtica locura. Creo que sigue pesando mucho la Iglesia...la igualdad es aun una utopía...queda muy bien en las listas electorales y en las campañas políticas pero esa igualdad no se lleva a la práctica, ni en la política y mucho menos en la práctica de las leyes, del día a día, del trabajo o de las clínicas...la prohibición del aborto sigue siendo una presión hacia la mujer. (E5)

Volver a penalizar el aborto me parece una aberración...creo que la Iglesia tiene mucho que ver y luego los ambientes conservadores. La mujer está plantando cara a un modelo de sociedad, familia, parejas, hijos...ese modelo se les derrumba...la igualdad aun no existe.(E6)

La Reforma es un paso atrás de años... Las 14 semanas me parece un plazo prudencial pero podría ampliarse si está justificado...La Reforma me imagino que será por una cuestión de mentalidad más conservadora y captar el voto de esa parte más conservadora de la sociedad, tengo mis dudas...dudo que si a ellos, esos políticos que están llevando a cabo la reforma, o a alguien cercano a ellos le llegase a pasar la cumplirían o no...es una ideología demasiado extremista que no se plantea que los demás puedan tener opción a hacer lo que quieran libremente. Es una actitud hipócrita, de mucha gente que está en contra, llegado el momento no creo que sea tan radical (E7)

No le encuentro explicación...será por un mayor control, coartar libertades como están haciendo en otras cosas...quiero pensar que no es por machismo puro y duro, por el control de las mujeres porque siguen siendo ellos los que decide...Hay muchos machistas pero hay muchas mujeres que les gusta ese machismo. Por eso mientras haya mujeres que estén tirando piedras contra su propio tejado tampoco vamos a cambiar (E8)

---

<sup>21</sup> En los meses de mayo y junio de este año fue actualidad mediática el caso de Beatriz, una salvadoreña de 22 años embarazada, que padeciendo Lupus, enfermedad renal grave y preeclampsia, además de saberse que el feto era anencefálico y que no sería viable después del parto, se le había negado la solicitud de aborto, por estar absolutamente prohibido en el Salvador.

La Reforma: Vete a saber, los grupos de presión...supongo que el político estará sometido a grupos de presión u opinión. La opinión de la población puede ser cambiante, depende de los medios de comunicación, de lo que hagan... La Iglesia tiene peso pero cada día menos. La iglesia mantiene su criterio, yo puedo ser católico pero opino distinto; la gente debe ser adulta en sus pensamientos y decisiones...sin embargo creo que nos falta madurez y democracia mental... creo que aunque hemos evolucionado en este tema y en la sanidad española, creo que aun tenemos que evolucionar más (E9)

Reforma: Estoy totalmente en desacuerdo, sobre todo por lo de las malformaciones fetales, hay algunas que ...no permitir el aborto en esas condiciones es crear sufrimiento a una familia...a su padres, una carga que va a pesar toda la vida...el niño va sufrir o en si ese niño no va a vivir ...La Reforma es porque el gobierno está vinculado a la Iglesia, y la Iglesia está en contra del aborto, dice que es matar un ser vivo. (E10)

La reforma me parece terrible porque lo que haces es fomentar lo ilegal, y el peligro que supone para las mujeres que lo quieran hacer. Creo que es por convicción personal y creencias, a nivel político intentan volver atrás, creo que es por los votos, el voto conservador...los conservadores están en contra condicionados por la Iglesia, dicen que la vida es desde el principio...la Iglesia dice que es un asesinato y que siempre hay que hacerla voluntad de Dios (E12)

La Reforma es un tema político, del PP, del Opus, que está metido ahí, detrás de la Iglesia...que está presionando (E14)

#### 4.6. Poder decidir a los 16 años

La Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, reconoce la capacidad de decidir de las mujeres sobre su maternidad a partir de los 16 años, es decir, a partir de esa edad se le reconoce la autonomía y el derecho a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo, en coherencia con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años (salvo tres excepciones donde estaba incluido el aborto). Hasta aquí, la Ley de autonomía del Paciente<sup>22</sup>, aprobada en el 2002, reconocía a los menores de edad emancipados o con dieciséis años cumplidos, la plena capacidad para prestar su consentimiento ante cualquier "intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico y terapéutico invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente" (Art.8). Pero establecía tres excepciones (Art. 9) donde ese

<sup>22</sup> BOE 274, del 15-11-2002 Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 9. Apto 4. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. Pág. 40128. <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

consentimiento lo presten los padres o tutores, la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y de reproducción asistida.

Por otra parte, el Código Penal<sup>23</sup> reconocía a la menor, a partir de los 13 años, la capacidad de dar su consentimiento para mantener relaciones sexuales con quién quiera. Y a partir de los 16 años, si está emancipada, una menor puede casarse sin necesidad de consentimiento de sus padres o tutores, al igual que tener hijos. Actualmente, la reforma del Código Penal del Ministerio de Justicia eleva la edad mínima de consentimiento para mantener relaciones sexuales con adultos desde los 13 años a los 15 años.

Para el PP, el que una mujer de 16 años no tenga la obligación de informar a los padres vulnera el concepto de patria potestad; lo etiquetan de atentado a la familia porque la priva de asesoramiento y apoyo a la menor. Desde los partidos de ideología de izquierda y las filas feministas se plantean cómo habiéndose cargado la patria potestad de los padres para unas cuestiones durante mandatos anteriores, los sectores conservadores se escandalizan ante el derecho a decidir a esa edad sobre el aborto y no lo hacen para el resto, como pueda ser el cambio de sexo, una intervención de cirugía estética como pudiera ser el incremento de mamas, o decidir ser madre a los 14 años.

La realidad es que las menores de 18 años tendrán que acudir acompañada de sus progenitores o tutores legales al centro donde se les vaya a practicar el aborto, salvo casos excepcionales de maltrato o coacción familiar, que podrán hacerlo tras evaluación psicológica y social de tal circunstancia. En caso de que se confirme el temor a sufrir violencia intrafamiliar o coacciones o presión de algún tipo, será el personal médico quién autorice el aborto sin anunciárselo a los padres.

El personal sanitario coincide en destacar que no ha cambiado el perfil de las mujeres que deciden abortar con la actual Ley; que los casos atendidos de menores de edad son escasos, pocas las que no van acompañadas y excepciones los que se autorizan sin informar a sus progenitores. Esto último sólo se da en casos de jóvenes que sufren violencia intrafamiliar que corren riesgo de sufrir presiones o maltrato si tiene que

---

<sup>23</sup> Artículos 181, 182,183. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal TÍTULO VIII Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales Capítulo II: De los abusos sexuales y Capítulo II bis: De los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Penal/lo10-1995.l2t8.html#c2](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t8.html#c2)

informar a sus progenitores de su embarazo, y las que están en casas de acogida, lo que supone evitar más trabas o problemas.

Cuando prima una actitud abierta, positiva y permisiva hacia la sexualidad en el personal de enfermería, no parece que sea un hándicap la edad o mayoría de edad para tomar esta decisión libremente y sin la necesidad de ser tuteladas por un o una representante, al igual que para tomar otras decisiones en las que suelen hacer hincapié. También se justifica con la falta de recursos económicos a esas edades, que añadido a la escasez cada vez mayor de recursos sociales, acarrearía consecuencias negativas a la menor en caso de que las personas tutoras no lo permitiesen. Pues forzar una menor a llevar a término un embarazo no deseado o dar en adopción después, se considera una de las mayores violencias que se pueda ejercer sobre una joven por parte de sus representantes legales. Por ello valoran como positivo el apoyo parental a la vez que lo rechazan si no existe una buena relación intrafamiliar.

Creo que se puede decidir a los 16 años, al igual que se puede decidir en otras cosas que te van a marcar más (E2)

Tengo más dudas en lo referente a las menores de edad. A veces el permiso de los padres es precisamente el que no tienes que tener cuando hay esos problemas graves...pienso que una chica joven que se queda embarazada es accidental, que no es una decisión que se toma...la libertad de la chica debe prevalecer siempre, pues una mujer de 16 años ya es bastante adulta, en fin, con 16 años ...me pillas en un tema que no tengo claro...a los 16 años una niña puede ser tan influenciable y se le puede hacer tanto daño (E4)

Creo que hay que poner un límite, creo que a partir de los 14 años al igual que a los 16 años la persona es libre para decidir sobre su cuerpo, es una enorme contradicción poder mantener relaciones sexuales y por ley no poder decidir sobre el embarazo...(E5)

No tengo ninguna duda, una persona con 16 años sabe perfectamente si sus padres le van a apoyar, si decide con 16 años que no va a decírselo a sus padres es por algo, entonces hay que darle el apoyo que no tiene en su casa (E6)

Con 16 años estoy de acuerdo pero creo que debería ir acompañado de educación sanitaria.(E7)

Podría ser a los 18 años...a los 16 años la mujer está preparada para decidir. Ser padres no significa que tomes decisiones sobre su propia vida... yo puedo dar un consejo como padre, pero ¡¡¡imponerle con 16 años!!!. A esa edad es una mujer madura, consecuentemente tiene raciocinio y sabe...creo que se tiene que dar salida a estas situaciones de familias desestructuradas (E9)

Son muy jóvenes...pero por otro lado también son muy jóvenes para tener un niño, demasiado (E12)

A los 16 años creo que sí, yo conozco casos concretos, que visto para atrás, en aquel momento decías que horror, sin embargo ahora dices que bien porque hubiera truncado su vida,... han venido de 14, 15 años tanto abortos como partos que los esconden (E13)

Si son mayores ya para otras cosas también son mayores para eso. Si son mayores para tomar una decisión de si van con un padre u otro en caso de divorcio...hombre tampoco estaría mal que avisarían a los padres...pero si no avisan a los padres es que también hay un problema de base (E14)

Sin embargo, aparecen otras posturas conservadoras que hacen hincapié en la madurez o posible falta de madurez a esa edad para reforzar el tutelaje, ya que reconocer la incapacidad de la menor supone poder seguir representándola. Inevitablemente, surgen las comparaciones para con otras responsabilidades a esa edad como sería la de ser madres o casarse, lo que desde la ideología patriarcal se aprueba, pues supone aceptar el rol de feminidad y pasar a ser tutelada por el marido. Resalta cómo se plantea la “inmadurez” antes de los 18 años para abortar pero no se cuestiona esa inmadurez para ser madre a esa edad.

Con 16 años...sigue pareciéndome una burrada...No creo que tenga madurez suficiente...incluso para llevar una familia, aunque la carga de la familia la va a hacer madurar (E1)

Me parece una edad muy temprana...no lo sé, habrá chicas de 16 años maduras y otras que no tan maduras...ellas deberían tener la palabra última...no se trata del consentimiento de los padres pero sí una ayuda de los padres, psicólogos..., una chica de 16 años a lo mejor ve lo de tener un niño como un drama, es lo más probable...sin embargo yo no lo considero ningún drama (E8)

Desde estas narrativas, la realidad, desde que se aprobó la Ley actual, es que no existe un número de mujeres adolescentes que llame la atención por acudir solas a estos servicios. Casi la totalidad de las menores de edad suelen ir acompañadas de sus madres. Mientras la edad media de las mujeres que acuden a abortar está alrededor de los 30 años.

No hay muchas adolescentes que vengan aquí a abortar; la mayoría suelen venir acompañadas de sus madres. Pero hay chicas que no porque no se llevan bien con la familia o están en casas de acogida. Yo creo que sí deben tener poder para decidir por su cuenta sin la necesidad del permiso paterno, porque hay muchos padres que podrían influir para que no aborten (...) pero es complicado, como madre que soy, también me gustaría saberlo (E3)

Normalmente, de media no solían llegar a los 30 años. De 17-18 años apenas había. Casi todas venían acompañadas, las más jóvenes de sus padres, y por orden, después de sus parejas y después solas o acompañadas por sus amistades (E5)

El reflejo de estar acostumbradas a estar tuteladas o protegidas por alguna de las instituciones a través de las cuales se nos somete a los mandatos patriarcales lo encontramos en el personal más joven. Aquí, lo que resulta significativo es cómo difieren las opiniones según el sexo de la persona entrevistada. En el caso de ser

enfermero, resulta paradójico cómo estando más próximo a esa edad, se rechace el poder decidir la mujer libremente a los 16 años. Inevitablemente, la creencia crea la realidad, y la falta de una dilatada experiencia para poder contrastar otras realidades fuera de las del entorno más inmediato dificulta el cuestionarse cómo han interiorizado los valores y creencias que poseen, o percatarse de los contrastes que presenta la legislación actual, en cuanto a la necesidad o falta de patria potestad de los progenitores en el tramo de edad de 13 a 18 años

No estoy de acuerdo con la ley en cuanto a los 16 años, porque una niña de 16 años es menor de edad, si es menor de edad ante la ley tiene que serlo ante la sanidad. No tiene sentido que una intervención como puede ser un aborto, un legrado, algo para terminar con ese feto, lo decida una niña de 16 años, que desde mi punto de vista no tiene madurez para ello... Aunque ella tome la decisión que los padres estén presentes, que sepan que va a tomar esa decisión, es decir, que no la tome sola, que no la tome coaccionada (E10)

La representación de la maternidad a esa edad cambia desde la propia mujer aun siendo joven. Cuestionándose la responsabilidad que se pueda llegar a tener a los 16 años para ejercer o interrumpir ser madre, sin embargo se defiende el derecho a decidir sobre su propio cuerpo sin tutelajes.

Yo con 16 años era un poco niña, lo que pasa es que las niñas de hoy día se hacen mujeres rápido...yo abortaría y no me gustaría que tuvieran que decidir mis padres por mí, no me gustaría que mis padres me obligaran a tener un niño que seguramente fue un fallo porque no creo que estés buscando con 16 años un hijo, no creo (E11)

#### **4.7. La formación en materia sexual-género**

El diferente grado de formación, al igual que los conocimientos adquiridos en materia sexual, va a moldear actitudes diferentes. El conocimiento y comunicación en esta materia favorece actitudes abiertas, tolerantes y erotofílicas. La falta de formación en materia sexual y de género fomenta actitudes defensivas, moralizantes y alejadas de los afectos sexuales.

Como se decía anteriormente, a pesar de ser la enfermería una profesión privilegiada para abordar e identificar las necesidades de la población, nos encontramos con que la sexualidad sigue siendo un tema tabú y por tanto casi inabordable. Ello también es

debido, en parte, a la falta de conocimientos en materia sexual por la ausencia de asignaturas o temas específicos durante la formación académica, añadido a la falta de interés personal en formarse. Como resultado, tenemos una inadecuada percepción en el rol profesional de no ser competencia el abordar la salud sexual como parte de la salud integral de las personas. La retroalimentación entre esta falta de abordaje de la salud sexual por parte de la enfermería y el ocultamiento de las personas que han abortado, no hacen sino mantener el estigma que sobre el aborto ha recaído desde que era considerado un acto delictivo. Prueba de ello es que la cuestión del tabú de la sexualidad y en concreto del aborto afloran en todo momento de las entrevistas.

La mayoría echa en falta la formación en materias de igualdad y sexualidad para poder construir conciencias más responsables, críticas y librepensantes que puedan contribuir al bienestar de las personas y los grupos sociales, incluido menos embarazos no deseados.

Los discursos reflejan el nada de antes, el poco de ahora y la reivindicación de más...

Quando yo estudié todo era tabú, en los años 60 no se daba nada de eso...Después tampoco me preocupé mucho (...)ahora la gente a nivel sexual es más abierta, las relaciones sexuales se ven con naturalidad (...) Estoy de acuerdo con la educación sexual pero siempre y cuando se dé una educación amplia, que no se reduzca la sexualidad solo a dormir juntos (...) porque la sexualidad es la capacidad del ser humano de amar y ser amado (...) ahora la libertad que se vende es la sexual, es la que interesa vender porque es un negocio como el de la pornografía (E1)

Es fundamental...ojala estuviese el personal de enfermería formado en esa materia. Lo que ves en la mayoría del personal de enfermería que priman los principios e ideas de las personas... Falta mucha, mucha formación en temas sobre todo de igualdad y género...Da la sensación de que hay un retroceso...por lo que lees en la prensa y lo que ves, la manera en que son tratadas las chicas en España también, y no te digo lo que está pasando en el norte de África y por ahí...falta mucha formación y en materia sexual también. El personal de enfermería no estamos preparadas en ese sentido, tenemos muchas carencias, de hecho en nuestra época ¿qué estudiabas de eso? Nada (E4)

En enfermería, en el plan, el abordaje de la sexualidad es cero, no está incluida en el plan...El tema de la sexualidad que yo sepa no se aborda por ninguno (profesorado), tocamos algo en psicología, no sé si se aborda algo en materno-infantil (E5)

Controlo poco, pero si sigue habiendo embarazos no deseados algo está fallando...porque hoy en día información hay pero que sea adecuada...se podría mejorar, tener formación en materia sexual en la escuela, en lugar de la reforma del aborto (E6)

Creo que la educación sexual es insuficiente desde jovencitos. En enfermería que yo sepa no existe, creo que sería un terreno estupendo para trabajar desde la enfermería (E7)



A nivel de enfermería en nuestra época por supuesto que no, hace 25 años de educación sexual se hablaba poco. Hoy en día en el programa de las matronas si se dan, en segundo hay un apartado de educación sexual como asignatura (E14)

Desde el modelo de riesgos o preventivo usado en los servicios sanitarios sólo se interviene, excepto casos aislados, para evitar problemas de salud asociados a la actividad sexual como los embarazos no deseados, SIDA y enfermedades de transmisión sexual. En este modelo se suele encuadrar la formación académica en materia de educación sexual del personal de enfermería y es el frecuentemente utilizado en las escuelas. El transmitir mensajes negativos por asociar la idea de peligro ante la sexualidad, fomentada por las religiones, “es insuficiente porque no ayuda a las personas a vivir la sexualidad de manera positiva, ofrece conocimientos muy limitados y no fomenta una actitud positiva hacia las diferentes posibilidades de la actividad sexual” (López, F. 2005:51)

Hay muy poca información sobre sexualidad, en enfermería tenemos en Materno-Infantil todo lo de anticoncepción y lo relacionado...pero está más centrado en los riesgos...al embarazo se le dedica mucho (E10)

Había una asignatura en el Instituto de Salud y Medio Ambiente donde se tocaba el tema de los anticonceptivos(E12)

El que continúe siendo tabú la sexualidad conlleva no sólo desconocimiento e inseguridad, sino también inquietud al hablar del tema. Si esto se puede generalizar para todas las edades, donde resulta más llamativo es en la adolescencia y juventud. Siendo la educación sexual una materia transversal, es frecuente que el profesorado se encuentre con actitudes defensivas en el alumnado, expresadas con gestos, risas, exabruptos, comentarios jocosos e incluso descalificaciones hacia alguna parte del cuerpo. Un testimonio que lo confirma es el aportado por uno de los entrevistados, profesor de una Escuela Universitaria de Enfermería:

Cuando se trata el aparato reproductor masculino y femenino las risitas y cachondeo aparecen sobre todo en la gente más joven...no tienen ni idea de los métodos anticonceptivos...la base del colegio por lo que veo falla mucho, no sé si en algún colegio lo tocan algo como asignatura transversal (E5)

La falta de una educación formal en materia de sexualidad e igualdad conlleva el encontrarnos con una cierta ambigüedad al hablar de temas sexuales y revela como ciertos estereotipos se mantienen, sobre todo desde la verbalización de los hombres.

Como lo reflejan varios estudios<sup>24</sup>, la gente joven prefiere hablar de su sexualidad con sus amistades y estas suelen considerarse como las primeras fuentes de educación sexual junto con los medios de comunicación, y muy de lejos estaría la familia que ha construido una barrera alrededor de la sexualidad que reza “no pasar sin licencia matrimonial” como ya decían Money y Tucker (1975:165) al referirse como “educados en no formular preguntas acerca del sexo, la mayoría de jóvenes sienten que sus padres y sus maestros son los últimos a quienes dirigirse en busca de consejo”. Esto lo confirmaría el siguiente entrevistado que a medida que argumenta como se suelen abordar estos temas con absoluta libertad entre amigos, también comienza a reflexionar sobre los contenidos y la manera en que se suele hacer.

Yo conozco a una chica que lleva 7 años con el novio, utiliza anticonceptivos, el anillo, y la madre yo estoy convencido de que piensa que es virgen todavía...Depende del ámbito, a lo mejor en el ámbito familiar no, pero en un ámbito más social, con amigos, amigos más cercanos, hay libertad de decir lo que se hace y no se hace...Yo creo que es chulearlo un poco...”ayer me fui con la chica más guapa de la discoteca”; pero no el “hoy me la toque cuatro veces, dirías ”pero no me des detalles”(E10)

Ejemplo de cómo la agentividad activa del hombre del modelo patriarcal de hegemonía masculina se mantiene en los hombres, se observa en el testimonio de este informante, aunque resulte algo maquillada. La representación de esta agentividad activa heteronormativa se asocia primero a la de ser “conquistador”, rol que viene a reafirmar uno de los estereotipos masculinos, seguido de otro estereotipo como es el “éxito” (con la chica más guapa), y su validación haciéndolo “público” a través del alardeo entre el grupo de iguales. Para a continuación esencializar la pulsión copulatoria como especificidad masculina debida a la fisiología hormonal y determinante de esa supuesta diferencia con la agentividad pasiva de la mujer. Sólo se cuestiona la influencia de la educación en la respuesta de las mujeres al no someterse a los estereotipos patriarcales, ya que su naturaleza les presupone tener menos deseo sexual y, por tanto, ser menos activas y más recatadas. Llegado a este punto, habrá que reconocer que la tesis de que el sexo y su diversidad tienen raíces biológicas muy profundas fue defendida por numerosos estudios científicos como lo demuestra Simón Le Vay (1995:115) en su libro

---

<sup>24</sup> Diversas encuestas y estudios llevados a cabo con gente joven sobre sexualidad demuestran estos resultados. Entre ellos se pueden citar los realizados por Fernández, Lola; Infante, Ana; Barreda, Maite; Padrón, M<sup>a</sup> del Mar y Doblas, Juan José (2006:128-176) “Jóvenes, sexualidad y género”. Diputación de Málaga; y el realizado por Leal, Purificación y González, Jacinto (2008:37-52) “Sexualidade e xénero”. Concellalía de Xuventude de Nigrán.

*El cerebro sexual*, “una serie de experimentos ha documentado el importante papel de los esteroides sexuales, y específicamente de la testosterona, por su influencia en la actividad de las neuronas preópticas mediales y, por tanto, en la regulación de la conducta sexual típica masculina”

No hay diferencia, depende de la persona. Hombre, los hombres por lo general sí que tenemos más apetito sexual, también la testosterona tiene mucho que ver con eso...de las mujeres no sé a qué se puede deber la falta o exceso de apetito sexual...¿la educación?, si en casa se educan en plan de que sea él...o no hagas eso porque sino vas a ser una chica fácil... La pornografía, depende, si en casa es tabú y ella lo demoniza de esa manera en el momento de verla alucinará y dirá que mal y pues no...y habrá otras que sí...y habrá otras que dirán no por vergüenza (E10)

#### 4.8. Objeción de conciencia sí, pero con alternativas

La Ley Orgánica del aborto actual, en su artículo 19.2, párrafo 2º, recoge la posibilidad de la objeción de conciencia sólo para los profesionales sanitarios directamente implicados en el acto del aborto, es decir, sólo puede objetar el personal médico, anestesista y comadrona, comadrona o personal de enfermería que realice la intervención.

“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción voluntaria del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito” (Medina, 2010: 26)

Sin embargo, la norma recoge que el resto del personal sanitario dispensará atención a las mujeres que lo necesiten antes y después de someterse a la interrupción voluntaria del embarazo dado que “la libertad ideológica no puede estar por encima de del ordenamiento jurídico, ni da derecho a comportarse en todas las circunstancias de la vida con arreglo a las propias creencias”<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Así lo consideraron los magistrados del Tribunal Superior de Andalucía ante la libertad ideológica a la que apeló una médica de familia para no informar de la interrupción voluntaria del embarazo. La apelación a motivos morales no es un derecho fundamental

La Ley de Salud Sexual y Reproductiva del 2010 establece que la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma. Si por algún motivo no sucede así, se le reconoce a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro privado acreditado y recibir el abono de la prestación. Ante una posición dominante de objeción de conciencia entre los profesionales de la ginecología en la red pública, en la mayoría de las comunidades se han establecido conciertos con las clínicas privadas a las que se derivan los casos de interrupción voluntaria del embarazo y que son abonados posteriormente por el servicio público.

Con la actual ley, el aborto queda reconocido y garantizado por las autoridades sanitarias dentro del sistema público de salud al igual que el derecho a la objeción de conciencia del personal que preste una atención directa. Resulta significativo observar como las personas entrevistadas, dependiendo de su situación profesional, ideología o moral, estando en su mayoría todas de acuerdo con el primer punto, difieren bastante en sus planteamientos en el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia. Así nos encontramos diversas posturas que van desde defender la objeción de conciencia como actitud protectora de la ideología y moral del personal sanitario en el ejercicio profesional, a las que ponen límites a esa objeción de conciencia para proteger y dar una adecuada cobertura a las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo, hasta las que se cuestionan los verdaderos motivos de quienes alegan la objeción de conciencia. El posicionamiento más defensor de la objeción de conciencia lo suele fundamentar en el respeto a la libertad de ideología y creencias de personal sanitario.

Si defiendo que la mujer tiene que ser libre de conciencia (para abortar), también tengo que defender que el personal sanitario tiene que ser libre también (E1)

Creo que cada persona es libre de pensar como quiera y de actuar como quiera...soy de la opinión de respetar las ideas de los demás...la gente joven ahora viene con otras ideas sino hay que ver quiénes hacen las IVE en planificación familiar, es gente más o menos joven, los de la vieja escuela no están ni quieren saber nada.(E5)

Si la ley lo permite yo no soy quien para opinar, yo lo respeto...hay esa libertad para el personal que considera que está matando una vida...yo lo mismo que opino sí libertad para la mujer, igual si la ley lo permite, libertad para el profesional (E9)

Desde posturas más proteccionistas con la mujer plantean la búsqueda de alternativas cuando se vive en una ciudad donde los centros no dan esa cobertura y supone el desplazamiento de las usuarias a otra ciudad, lo que se vive como una discriminación hacia estas mujeres.

La objeción de conciencia solo puede aceptarse si los derechos de otra persona no quedan mermados o coartados... ante la confrontación de las obligaciones profesionales y la ética moral, tendría que estar contemplado la movilidad del personal médico en los centros donde queda sin cobertura la realización de los abortos (E2)

Hay que respetar la objeción de conciencia...pero a las usuarias hay que darles una respuesta...habrá que dar una cartera de servicios igual que en otros niveles (E6)

Creo que hay que respetar la ideología de cada uno...no se le puede obligar a nadie...y creo que la ley debería garantizar que cada área de salud tuviera cobertura (E12)

Desde otras posiciones proteccionistas con la mujer, se contempla el marco coercitivo en el caso de obligar al personal sanitario a realizar abortos estando en desacuerdo por su ideología o convicción religiosa. Defienden que la mujer tiene el derecho a decidir libremente sin sentirse coartada por el o la profesional que le atiende.

No se puede obligar al personal a que realice un aborto (...) la gente que tenga una ideología conservadora es mejor que no intervengan, pues si no hubiera objeción de conciencia la ideología de estos profesionales de una manera u otra iba a incidir en la decisión de la mujer (E3)

Por último, están quienes rechazan o ponen en entredicho la objeción de conciencia del personal que se acoge a ella.

No es justo, una mujer que tiene que abortar en un plazo de tiempo...si todo el mundo se lava las manos y llega ese día...no estoy de acuerdo con la objeción de conciencia, es una dejación de la obligación de los profesionales... los médicos creo que tienen mucha fuerza en el sistema y por eso está ahí (E4)

Cada uno puede hacer lo que quiera, pero la objeción de conciencia da lugar a abusos de la gente. Hacerse objetor de conciencia, así no opinan, no hacen... para ahorrarse problemas. Aquí hubo un momento en que todos eran objetores de conciencia, pero era para evitar el conflicto con los demás, consigo mismo, con las novedades...es mejor escapar que afrontar ...hubo una época en que se lo plantearon "es un aborto legal, es así y es así" (E13)

Objeción porque tu moralidad te lo impide, pues vale... pero que no pase como pasaba antiguamente, que la objeción de conciencia era en la seguridad social y no lo era en la privada...el problema habría que ver cuál es el motivo por el que se acogen, seguramente es un motivo

organizativo interno por lo que se niegan a hacerlo, porque no les gusta la zona, los turnos, “prefiero operar porque si no pierdo la mano de operar” (E14)

#### 4.9. La reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos

Las reivindicaciones del movimiento social de las mujeres en los últimos siglos en Europa se han plasmado en grandes logros de tipo universal, como el derecho al voto y a la educación, o la transformación tanto de leyes como de actitudes sociales y personales, que han permitido ir escalando cuotas de igualdad. Pero a pesar de todo ello, la mujer aún tiene que seguir luchando por ser un sujeto de pleno derecho, dado los obstáculos que aún siguen existiendo y que impiden a las mujeres acceder a la plena participación en todos los niveles de la vida social, cultural, deportiva, económica o política. Algunos de estos obstáculos son claramente identificables, otros no tanto, como sucede con el llamado techo de cristal en la representación de espacios de poder y de responsabilidades a nivel político o en el mundo empresarial; o la pared resbaladiza que se observa claramente en esta profesión de enfermería que sigue estando segregada y ocupada mayoritariamente por mujeres. Esto es debido, de alguna manera, a la falta de concienciación de la sociedad de la necesidad de erradicar esas diferencias que aún perduran como son los estereotipos y los roles diferenciados de género que ponen en desventaja a las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo los derivados del “impuesto reproductivo”, que lleva a las mujeres a invertir más tiempo en tareas expresivas de las que se aprovechan los hombres sin una aportación equitativa y que se le conoce como “suelo pegajoso”.

En España, con la democracia, se han producido cambios sustanciales en la situación de las mujeres, pasando a ser uno de los países de Europa avanzados en materia de igualdad, cuando ocupábamos hace pocos años la cola del vagón. Son muchos los derechos reconocidos, pero tal vez uno de los más importantes en estos últimos años haya sido la despenalización del aborto en el 2010, es decir, el derecho fundamental de la mujer a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción e interrupción voluntaria de su embarazo. Sin embargo, la ley que lo ampara ya fue recurrida en el Tribunal Constitucional por el partido de la oposición, que en estos momentos gobierna

el país y tiene intención de llevar a cabo pronto una contrarreforma legislativa en derechos sexuales y reproductivos. Este es un claro ejemplo de la resistencia al cambio del orden social patriarcal establecido y promovido por élites políticas conservadoras apoyándose en la jerarquía de la Iglesia, que con estrategias como “garantizar el derecho a la vida” pretenden volver a la privatización del cuerpo de la mujer por parte del Estado tal como reivindican los movimientos feministas.

A pesar de los numerosos debates y movilizaciones propiciados por algunos sectores feministas, políticos y sociales, donde se denuncia la situación actual de desmantelamiento de servicios dedicados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como son los llamados Centros de Orientación Familiar, que en la actualidad son los servicios de referencia y soporte de estas prestaciones; o la anunciada y de momento aplazada Reforma de la actual Ley sobre el aborto, la falta de contestación de la población es permanente como ya sucedió antes de aprobarse la Ley del 2010. Lo que durante las últimas décadas, sobre todo en los años 70 y la transición, se trató de una lucha reivindicativa y aglutinadora, tanto del movimiento feminista como de las masas, posteriormente se fue perdiendo ese efecto aglutinador de las masas y solo el movimiento feminista mantuvo la reivindicación sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos (Gutiérrez, 2009). Desde las asociaciones feministas, esta deficitaria reivindicación social se entiende como fruto del periodo de acomodamiento que sufre la población ante lo conseguido, y una peligrosa percepción de inmunidad, de que a mí no me va a pasar. Los testimonios del personal de enfermería coinciden en reconocer que vivimos una especie de letargo, incluido el personal sanitario, donde las soluciones a los problemas se ven desde el individualismo y la inmediatez, y no se reflexiona sobre lo que podrá pasar mañana. Resulta relevante cómo abundan las críticas al posicionamiento de la juventud ante los derechos alcanzados tanto en materia de salud sexual como de igualdad desde la propia pasividad de los informantes de más edad, una pasividad que la mayoría de las veces se justifica como de necesidad de relevo generacional.

La población pasa de todo, ignora las leyes, ignoramos la regulación del aborto (...) La gente no reacciona por ser ignorante (...) Hemos vivido una etapa de represión, la gente no se levantaba por miedo, hasta que llegó una generación que empezó a tener conocimiento y trato de superarse. Sin embargo en estos momentos hay poca gente preparada... y al no haber educación no hay posibilidad de conocimiento, de saber que se están perdiendo derechos. (...) Hay demasiada pasividad, no se manifiestan porque lo recibieron todo hecho y ahora no tienen conciencia de lo

que está pasando...y en el momento que se encuentren con los problemas encima se darán cuenta de lo que perdieron (E2)

Aún ahora aquí el OPUS tiene mucha fuerza, todas esas manifestaciones que había en Madrid...No nos movilizamos por comodidad, está claro, es un tema que te toca de lejos...es egoísmo...; yo nunca he ido a una manifestación pero eso no quiere decir que no tenga una actitud crítica cuando ves una manifestación provida en Madrid (E4).

Es como que a mí no me toca, ellos no lo ven como algo amenazante, lo han tenido siempre. Solo él que sabe lo que es no tenerlo... somos una sociedad muy mayor los que le hemos visto las orejas al lobo (E6)

Cuesta mucho movilizar a la gente para cualquier cuestión...podría ser por haber nacido en una determinada época que es relativamente fácil abortar...no es tan clandestino, tan prohibido, entonces no te das cuenta, es como si dijeran, no ese problema no lo tengo, ese derecho no me lo van a quitar...sabes, naciste en libertad, y te cuesta mucho entender la gente que no lo hizo. Y si has abortado, por ser un tema tabú, vergonzoso, que no quieras que se sepa...y no te gusta que el resto de la población te señale (E8)

La gente no se pronuncia, creo que tenemos miedo a ponernos en el punto de mira...me parece que somos un poco acomplejados, nos cuesta movilizarnos. Salvo el 15M<sup>26</sup>, la gente joven no tiene mucha conciencia de lo que está pasando y por eso no se manifiesta. Mucha gente que pasa por esto luego lo que quiere es sacárselo de en medio y olvidarse, porque en parte lo pasó mal. Hay otra gente que piensa que nunca le va a pasar (E3)

Nos estamos confiando demasiado, sobre todo la gente joven de que ya está todo hecho...En el año 98 estaban diciendo lo que está pasando ahora; en el año 98, y repetimos...y el problema es que como no evolucionemos y nos demos cuenta mirando hacia atrás, volveremos a caer en la misma situación. Volver a caer sería para mí lo que pasó en Pamplona, estar potenciando el instinto (E9)

Ahora te llevas sorpresas con la gente joven. Piensas que ser más racistas o más tal o cual es de gente mayor y no es así. Yo me llevé muchas sorpresas con gente más joven. No sé porque...egoísmo, comodidad...hombre puede ser que no lo hayan vivido de cerca pero aun así. Yo con 20 años no tenía tanta experiencia pero no era tan cuadrículada...Y les digo para llegar a lo que tú estás luchando otros hemos luchado antes...ahora te toca a ti (E13)

La población para nada está informada de la Ley, para nada te preguntan sobre el aborto...que los anticonceptivos dejan de ser financiados se lo tienes que decir...sino se preocupan de eso menos se preocupan de la Ley del aborto. Porque no se preocupan no lo sé...informamos en los colegios, en los institutos, pero no ves ni grandes preguntas, ni grandes preocupaciones, ni grandes consultas...”eso a mí no me va a pasar” (E14)

Muchos han sido los cambios acontecidos durante las últimas décadas en el ámbito político, social y económico de las mujeres. Sin embargo, estos logros y cambios de

<sup>26</sup> 15M: El denominado Movimiento 15 M nace el día 15 de mayo de 2011, cuando miles de personas de toda España salieron a las calles y plazas de las principales ciudades para manifestar su descontento con la clase política y financiera del país, y reclamar más democracia, manteniéndose en acampada durante días, incluso meses. Los indignados que así se les conoce en referencia al libro de Stéphane Hessel (2011) “¡Indignaos!” Ed. Destino. Barcelona, que instaba a la ciudadanía a alzarse contra quienes no respetaban los derechos políticos y sociales de las Democracias, fue gente muy heterogénea y de todas las edades, pero sobre todo joven.



legislación no han conseguido normalizar la presencia femenina en los puestos de responsabilidad y poder. Prueba del autoengaño al que nos puede someter la mirada sesgada por el individualismo y contaminada de la ideología sexista podría ser el testimonio, ya comentado, de una de las informantes, que por otra parte, evidenciaría el acomodamiento ante la falsa idea de que “ya está todo o casi todo alcanzado”

La igualdad sí, a los niveles que yo me muevo si se ha alcanzado la igualdad, también es cierto que a nivel de empresa privada no se ha alcanzado la igualdad, la mujer corre el riesgo de quedarse sin trabajo si se queda embarazada...mi marido siempre trabajó en empresas multinacionales y los puestos directivos estaban casi todos en manos de mujeres...en el gobierno actual hay también muchas mujeres(E7)

Es necesario señalar que el Movimiento 15M, si bien pretendía la toma de conciencia de la gente joven de la pérdida de derechos democráticos, también supuso la llamada a la abstención del voto con lemas del tipo “PSOE-PP la misma mierda son”. Según un sondeo de opinión en 2012 realizado por INJUVE, a pesar de que la mayoría de la población joven se mostraba a favor del movimiento 15M “son una minoría los que participan activamente en las movilizaciones y en los actos físicos (...) más de la mitad de quienes están a favor, no toman parte activa en las manifestaciones”. En esa línea se encuentra la opinión de mucha gente joven que piensa que todas las políticas son iguales a pesar de sopesar los derechos alcanzados en igualdad por las mujeres; ello les lleva a que denuncien ni tampoco salgan a manifestarse ante la pérdida de estos. Aquí recogemos el testimonio de esas reflexiones hechas por la informante más joven.

De política sé poco, no soy de un partido ni de otro, porque a mí la política nunca me gustó...creo que son todos iguales, todos buscan lo que buscan que es mandar (...) Solemos hablar mucho, hablo por mí, pero llega la hora de la verdad y no hacemos nada...porque somos pasotas, pasamos de todo, creo que te acomodas a eso así ...quedamos en casa...considero que las personas somos capaces o no, pero no por el sexo...creo que ahora pasamos mucho de todo...tanto que lucharon las mujeres para que pudiéramos votar, que pudiéramos dar nuestra opinión...y no lo valoramos...piensas que no te gustan las cosas como son pero tampoco luchas porque cambien...más que cómodos creo que no tenemos conciencia de lo que hay...creo que no lo vivimos, no te ves en la situación.. (E11)

En suma, las voces feministas consiguieron que la mayoría de las mujeres tomaran conciencia de la subyugación a la que estaban sometidas en el sistema patriarcal para mantener el orden establecido, lo que llevó a irrupción de la mujer en prácticamente todos los sectores productivos, a excepción de la presencia en las cúpulas de poder que aun sigue siendo muy escasa. Conscientes de que la igualdad real entre los sexos no se consiguió, han estado y siguen removiendo los obstáculos existentes en la legislación

androcéntrica como son las leyes que limitan a la mujeres el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, como sucede con las que regulan el aborto libre. A pesar de las continuas vindicaciones feministas, las formas de reaccionar de la población son muy diferentes ante las distintas modalidades de dominación patriarcal. Prueba de ello es el letargo en el que vive la sociedad, recogido a través de los testimonios del personal de enfermería, ante la legislación vigente sobre derechos sexuales y reproductivos, y, sobre todo, ante el anunciado regreso a la penalización del aborto, con una legislación más restrictiva que la de 1985, que supondría permitir de nuevo una de las formas de violencia institucional ejercidas sobre el cuerpo de la mujer.

## CAPITULO 5. REFLEXIONES FINALES

### 5.1. Conclusiones

La pretensión de este trabajo ha sido acercarnos a una realidad que es tema de continuo debate socio-político, a la vez que silenciada por las personas que la viven, como es la interrupción voluntaria del embarazo. Lo hemos hecho a través del conocimiento, las opiniones, las representaciones, las actitudes y saberes que tiene uno de los colectivos muy feminizado aun hoy en día y que está en contacto directo con la salud de la población: el de enfermería.

La ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de Derechos Sexuales y Reproductivos supuso la liberación del aborto a varios niveles, pero sobre todo liberalizó a la mujer del delito y la coacción de tener que llevar un embarazo a término cuando no es deseado, ya que supuso reconocerle el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, pudiendo interrumpir su gestación sin necesidad de alegar “estar loca” como se interpretó en muchas ocasiones la obligada prescripción psiquiátrica en la que se encajaba el aborto libre con la Ley de 1985, acogéndose al supuesto de enfermedad psíquica de la madre. Garantizó la asistencia gratuita en la red de servicios públicos de salud y reguló los servicios privados donde se efectuaban la mayoría de las interrupciones voluntarias de embarazo. Pero también liberalizó al personal sanitario, tanto de la comisión de delito cuando realiza el aborto, como de no realizarlo cuando su ideología, moral o ética lo rechaza. Sin embargo, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo no garantiza por sí solo el cambio en las representaciones y opinión es que tiene la sociedad sobre la capacidad de la mujer de poder tomar decisiones libremente sobre su cuerpo embarazado, debido en gran medida a la influencia que ejercen los sectores conservadores y religiosos, que se aferran a la idea de volver a leyes aun más restrictivas que las de 1985, dotando al no nacido de derechos y protección desde el momento de la fecundación.

En este estudio, como queda reflejado en las páginas anteriores, se han ido recogiendo y desgranado las narrativas del personal de enfermería sobre este tema y, como podemos comprobar, es a través de sus vivencias y creencias personales, así como de las

experiencias profesionales, cómo han ido configurado las representaciones que tienen sobre el aborto. Discursos cargados de pasado y presente se entremezclan para llegar a sus posicionamientos actuales. Se recuperan trazos de memoria del pasado donde la mujer estaba sometida por ley al hombre, donde la clandestinidad del aborto las conducía a ser atendidas en los hospitales públicos por complicaciones frecuentes de sepsias o hemorragias; y todo ello para argumentar su postura a favor del derecho de la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo, lejos de la ideología y moral personal. Así, aunque no sea el objetivo del trabajo, aparecen ventilaciones personales a nivel cognitivo y emocional, la denuncia de las desigualdades percibidas o la reestructuración cognitiva al enfrentarse al análisis de la introyección hecha de los mandatos patriarcales no planteada con anterioridad. Porque reconstruir el pasado permite resignificarlo y, en este caso, permite nombrar lo que era innombrable y, por tanto, permite evaluarlo en términos positivos teniendo en cuenta lo alcanzado actualmente en materia de derechos sexuales y reproductivos. Reconstruir el pasado también permite no acomodarse a lo logrado en materia de igualdad como está sucediendo en general y más en el personal joven, donde el discurso se caracteriza, sobre todo, por la falta de crítica al sistema patriarcal.

Las principales conclusiones a las que se ha llegado son las siguientes:

- En general, el personal de enfermería apenas discrepa en sus opiniones y actitudes ante el aborto, que suelen ser de total aceptación. No se aprecian diferencias de posturas por razón de sexo de las personas entrevistadas. Excepto el personal que trabaja en servicios de salud sexual y reproductiva, los conocimientos en materia de derechos sexuales y reproductivos son básicos, desconociendo algunos aspectos de la legislación vigente en materia de aborto, sobre todo en cuanto a los plazos.
- En líneas generales, defienden el derecho de la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad, su reproducción y la interrupción voluntaria del embarazo, sea cual sea la circunstancia que la lleva a hacer esto último. El personal con fuertes convicciones morales y que personalmente refiere que no abortaría, suele recurrir a la conciencia de cada mujer para tomar esa decisión y a la no condena o enjuiciamiento. Sólo el personal más joven, menos liberado del tutelaje institucional, se cuestiona la autodeterminación de la mujer en todos los casos; mientras que el que trabaja en servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva denuncia la

falta de formación de la ciudadanía en materia sexual, lo que se considera, en algunos casos, lleva al abuso del aborto.

- Los discursos suelen estar marcados por experiencias vitales, tanto personales como profesionales, que quedan reflejadas en la construcción representacional que cada cual hace del aborto. La representación de la maternidad como sentimiento de responsabilidad femenina aparece en algunas de las entrevistadas, así como el reajuste de la interrupción brusca del proceso hormonal iniciado con el embarazo como justificación del duelo post-aborto. La mayoría, sin embargo, habla de su experiencia profesional, aportando testimonios valiosos de la época de la clandestinidad cuando abortar estaba penalizado del todo y acarreaba secuelas físicas, psíquicas y sociales, o de las mujeres que iban a Londres. La despenalización parcial de 1985 se vivió como una primera liberalización del aborto, aunque la mujer continuase tutelada por la institución médica a través de la prescripción psiquiátrica. Las cosas cambiaron por completo con la nueva legislación, las aportaciones del personal son diversas y la perspectiva varía según el contexto laboral en el que se trabaje, aunque la aceptación de la IVE es el punto en común. Por ello, el rechazo es unánime ante la Reforma de convicción religiosa y ultraderechista que plantea llevar a cabo próximamente el Gobierno actual.
- Según el personal de enfermería, el discurso androcéntrico sigue impregnando a la sociedad. El gobierno actual, deudor del voto conservador y del apoyo de las jerarquías de la Iglesia, se empeña en volver a épocas oscuras del pasado, cuando las mujeres no sólo no podían abortar sino que estaban ceñidas a los parámetros sagrados de la maternidad y todo lo que la rodea, incluida la heteronormatividad impuesta, que permite subordinarla al hombre, a la familia y a las tareas de cuidado. El personal de más edad lamenta el retroceso que se está llevando a cabo a través de las reformas legislativas en nombre de la crisis económica, pues considera que va a suponer una pérdida de derechos y libertades, sobre todo, de las mujeres, por lo que apuesta por seguir luchando por esa igualdad aun no alcanzada.

Se dice que el modelo patriarcal se reinventa ciñéndose a los parámetros del feminismo actual que defiende una vuelta a la naturaleza, prueba de ello lo encontramos en el personal más joven, que defienden especificidades de cada sexo como el instinto materno de la mujer o el sexual copulatorio del hombre. Una

impregnación de estereotipos sexuales y reproductivos en el personal joven que suele ser criticada por el personal con más años y experiencia.

- Se denuncia el modo en que los sectores conservadores pretenden mantener el orden patriarcal a través del tutelaje del cuerpo de la mujer. Si bien la penalización del aborto no es contemplada como violencia estructural ejercida sobre el cuerpo de la mujer, rechazan de lleno los discursos de ideología ultraconservadora y de la élite eclesiástica como el Opus y organizaciones Pro-Vida, que defienden los derechos de los niños por nacer frente a los de las mujeres. La minusvalía institucional que recae sobre la mujer también se señala cuando no se quiere reconocer la autonomía y el derecho a decidir libremente la IVE a partir de los 16 años (incluso antes de esa edad para alguna de las persona entrevistadas), dado que la hegemonía de la heterosexualidad normativa, con una legislación que consiente, empuja a las jóvenes a mantener relaciones sexuales antes de esa edad, incluido ser madres sin consentimiento de tutores legales. Sin embargo, de esta postura disiente algún personal más acostumbrado a estar tutelado, bien por edad o por religiosidad, cuestionándose la “madurez” a los 16 años, sin plantearse la mayoría de edad para otras cuestiones incluidas las sanitarias; también se encuentran diferencias según sexo en el personal joven, siendo más conservadora la postura del hombre. Por otro lado, la realidad, según el personal que trabaja en servicios de salud sexual y reproductiva, es que tampoco llama la atención el número de adolescentes que acuden solas a estos servicios, y donde la media de edad de las mujeres que acuden a abortar se sitúa alrededor de los 30 años.
- La usencia de educación sexual o en materias de igualdad y género se evidencia en una mayoría del personal de enfermería. La educación en materia sexual y de género sigue siendo un reto en la enseñanza desde la primaria a la universitaria. A nivel de Enfermería, el plan de estudios recoge asignaturas como Materno- Infantil desde donde suele abordarse la educación sexual enfocada a la prevención de riesgos, y sólo en el plan de estudios de matronas parece que se ha incluido últimamente la materia de Educación Sexual, si bien no desde una perspectiva de género. Por tanto, en Enfermería este tema queda en manos del personal docente que decida abordarlo. Como consecuencia, el personal de enfermería posee una inadecuada percepción de su rol en competencia de materia sexual. Esto ayuda a que siga siendo

tabú la salud sexual, lo que contribuye a silenciar y estigmatizar el aborto. La mayoría, sin embargo, considera que debería haber más formación en estas materias y que ello repercutiría en la salud y bienestar de la población.

- La objeción de conciencia es aceptada en sus términos jurídicos por la mayoría, si bien discrepan en sus planteamientos. Aunque la mayoría reconoce el derecho a la libertad ideológica, religiosa y ética del personal sanitario y por ello a opinar, pensar y sentir de manera diferente, apuntan a que ello no puede menoscabar las garantías del derecho de la mujer a interrumpir voluntariamente el embarazo. También se señala que el no reconocimiento de la objeción de conciencia podría influir negativamente en la calidad asistencial y en el trato a las mujeres que abortan, al igual que se denuncia el abuso que en algunos casos se hace de este derecho.
- Si bien la profesión de enfermería, en las últimas décadas, ha dado saltos muy importantes tanto a nivel académico como profesional, reivindicando espacios de decisión e intervención en materia de salud integral, incluida la reproductiva, son escasas sus intervenciones en materia de salud sexual y menos sus reivindicaciones ante la pérdida de derechos sexuales y reproductivos. En general, se reconoce la pasividad y acomodamiento al que se está llegando con los logros alcanzados, sobre todo en materia de igualdad de oportunidades, que dan una falsa idea de que ya está todo conseguido y más en el personal de enfermería joven que no ha vivido épocas como las de clandestinidad del aborto.
- Conclusión final: Si bien la ideología conservadora y la moral católica rechazan toda actividad sexual que no conlleve a la reproducción, hay que destacar la actitud abierta, positiva y tolerante del personal de enfermería entrevistado que defiende la actual legislación sobre el aborto llegando a separarla de su propia ideología y religiosidad. De hecho las personas entrevistadas con convicción católica no suelen estar de acuerdo con las posiciones oficiales de la Iglesia, y defienden antes la libertad de la mujer a decidir interrumpir su embarazo frente la defensa de la vida del no nacido. Estando la mayoría del personal, mujeres y hombres, a favor de la actual legislación, difieren en algunos aspectos sólo entre el personal más joven y, entre el personal más joven y con menos experiencia y la gente de más edad y trayectoria profesional. Por último, en el colectivo de enfermería, tendríamos que la experiencia profesional al igual que la formación en materia sexual desde una

perspectiva de género modelan la construcciones representacionales del aborto a favor de la libertad y autonomía de la mujer: mientras desde una posición liberal y no religiosa es hacia la autodeterminación de la mujer como sujeto con poder de decisión sobre su cuerpo, su sexualidad y maneras de vivir su reproducción, desde la convicción religiosa toma valor la vida del ser engendrado no nacido a la vez que se intenta no enjuiciar a la mujer que decide acabar con esa vida y se defiende la libertad para obrar según la conciencia de cada cual.

## **5.2. Algunas propuestas o medias para garantizar la salud sexual de las mujeres**

Si bien, desde este trabajo, se observa que la posición general del personal de enfermería es de defensa del derecho de la mujer a interrumpir voluntariamente su embarazo, se detectan algunas limitaciones en el ejercicio de su profesión que podrían estar contribuyendo a que el aborto siga siendo una realidad poco explorada y silenciada, lo que permite que se convierta en un problema de salud para la mujer si no se proporcionan las medidas sanitarias adecuadas. Desde un enfoque integral de la salud se contempla abordar tanto la salud reproductiva como la sexual, sin embargo esta última rara vez se le considera competencia del rol profesional de enfermería dada su falta de formación en esta materia, sobre todo desde una perspectiva de género.

A la vez, entre los testimonios recogidos mediante las entrevistas, se hace hincapié en las desigualdades que aún perduran en nuestra sociedad entre mujeres y hombres, y como las alcanzadas poco a poco se van desdibujando con los recortes que está aplicando el actual gobierno así como los cambios en materia legislativa. Es por ello que contemplamos algunas medidas encaminadas a cambiar esta situación, si bien en el momento político que estamos no dejan de ser pura demagogia, pues, para ello, lo primero sería que el gobierno tuviese un claro compromiso en invertir más en políticas de igualdad alejadas de presupuestos androcéntricos. Cuando sabemos que la realidad es todo lo contrario, hasta el punto de tener como uno de sus objetivos retroceder en los derechos alcanzados en materia sexual y reproductiva, a través de ir desmantelando



los servicios que prestan estos servicios, retirar la financiación de métodos anticonceptivos, y reformar la legislación en materia de aborto suprimiendo el aborto libre y el eugenésico, y tutelando a las jóvenes hasta los 18 años.

A pesar de ello, las medidas y propuestas estarían en la línea de educar en aspectos sexuales, afectivo-emocionales, sociales y relacionales de igualdad, para que el aborto deje de ser una situación de poder y coacción ejercidas sobre la mujer desde instituciones como el Estado, la Iglesia y la Medicina.

- A nivel político serían demandas de inversión en políticas encaminadas a la igualdad, así como dotar de más recursos los servicios de salud sexual y reproductiva, facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos cuando se tienen relaciones heterosexuales y no se desea quedar embarazada, así como al aborto seguro y gratuito.
- A nivel social, las propuestas estarían encaminadas a través de la educación: Educación Sexual y Coeducación para la construcción de personalidades autónomas, libres y responsables. Para ello es necesario intervenir en:

Sanidad: Más formación en materia de salud sexual en todo el personal sanitario, para acabar con el tabú de la sexualidad y el modelo de riesgos o preventivo que se impone desde la heteronormatividad. Ello también ayudaría a abordar las emociones de las mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como las embarazadas o las que deciden interrumpirlo.

Educación: Incluir en la educación formal y dentro del currículo educativo, en Primaria y sobre todo en Secundaria, la asignatura de Educación Sexual desde una perspectiva de género, independiente de cualquier otra asignatura. Educación de las emociones, del disfrute de la sexualidad sin que conlleve riesgo de embarazo y de otras formas de relacionarse entre sexos distintos. Además formación del profesorado en materia de Educación Sexual e Igualdad, para evitar que se sigan reproduciendo estereotipos y patrones de comportamiento diferenciados entre niñas y niños. La falta de una asignatura troncal y obligatoria en su formación universitaria hace que no se cuestionen los modelos patriarcales en la construcción de identidades, y en ocasiones se lamenten de la

discriminación a que se ve sometido el alumnado cuando transgrede el patrón heterosexual o ante el embarazo de alguna alumna sometida a ese modelo heterosexual o mitificación de la maternidad.

Mujer: Educación afectivo-sexual desde una perspectiva de género para modificar el modelo androcéntrico de las relaciones sexuales, planteadas desde el placer masculino. Ello permitiría deconstruir las identidades femeninas desde la dimensión afectivo-dependiente y deseo de ser objeto de atención del otro. Fortalecer la autoestima, la autonomía y el empoderamiento de las mujeres. Que puedan toma decisiones autónomas sobre sus cuerpos, deseos sexuales y reproductivos sin tutelajes patriarcales.

### 5.3 Posibles líneas de investigación

Las líneas de investigación en este campo pueden ser muchas, dada la escasez de estudios en esta materia. Destacaría:

- Opiniones, actitudes y representaciones del aborto en el personal médico
- Actitudes, opiniones y representaciones de las mujeres tras un aborto.
- La adolescencia ante la salud sexual y reproductiva e IVE

## BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Luis Enrique (1995) "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa" en DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan (Coord.) *Método y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis Psicología. Madrid

AMEZÚA, Efigenio (1974) *La erótica española en sus comienzos*. Ed. Fontanella. Barcelona.

(1978) *El desafío sexual*. Ed. Bruguera Barcelona

ARRIBAS, Manuela (1982) "Motivación social e individual del aborto voluntario" *El aborto. Un tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid

BADINTER, Elisabeth (2004) *Por mal camino*. Alianza Editorial. Madrid

(2011) *La mujer y la madre*. La esfera de los libros. Madrid

BERMÚDEZ, Catalina (2005) "Doctrina de la Iglesia y despenalización del aborto: algunas reflexiones". *P&B*, vol 9. Revista Nº 2 (25) Pag. 99-110

BÁEZ Y PÉREZ DE TUDELA, Juan (2007) *Investigación cualitativa*. Esic Editorial. Madrid

BLANCHET, Alain (1989:90) "Entrevistar". *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales* en BLANCHET, Alain, GHIGLIONE, Rodolphe, MASSONNAT, Jean, TROGNON, Alain (Cord.) *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Narcea. Madrid

BONINO, Luis (1993) "Micromachismos. La violencia invisible de la pareja"

[http://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity\\_mens/micromachismos\\_0.pdf](http://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity_mens/micromachismos_0.pdf)

(última entrada el 22 de Agosto 2013)

BUTLER, Judith (1993) *Bodies that Matter. The Discursive Limits of Sex*. Routledge. Nueva York

CABELLO, Francisco (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Ed. Síntesis. Madrid

CAROLINA, Andrea (2011) "Biopolítica y aborto. Sobre lo que conserva el niño por nacer".  
Temas de mujeres.

CARPISO, Jorge y VALADÉS, Diego (2008) "Derechos humanos. Aborto y Eutanasia. Instituto de investigaciones jurídicas". Serie Estudios Jurídicos. Nº 125. México.

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t253.pdf> (última entrada 24 de Junio 2013)

CIFRIÁN, C, MARTÍNEZ TEN, C, y SERRANO, I, (1990) "La cuestión del aborto" En "La cuestión del aborto. Un paradigma de poder llamado femenino". *Fem* 89. Pp. 14-21

COBO, Rosa (2005) "El género en las ciencias sociales". *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 18.

(2013) "Las mujeres en el fundamentalismo cristiano". *Con la A*. Nº 18, 8

[http://numero.laa.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=72:-las-mujeres-en-el-fundamentalismo-cristiano&catid=35:revista-con-la-a](http://numero.laa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=72:-las-mujeres-en-el-fundamentalismo-cristiano&catid=35:revista-con-la-a) (última entrada 24 de Junio 2013)

DELGADO, Margarita y BARRIOS, Laura (2007) "Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España". Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI. Madrid

DE JUANA, Jesús y PRADA, Julio (2111) *As mulleres en Galicia no século XX*. Ir Indo. Vigo

DÍAZ, Paula (2012) "La OMS advierte a Gallardón: Restringir el aborto sólo provoca más mortalidad materna". *El Público.es*. 31 Octubre

<http://www.publico.es/espana/444756/la-oms-advierte-a-gallardon-restringir-el-aborto-solo-provoca-mas-mortalidad-materna> (última entrada 26 de Agosto 2013)

DRUMMOND, L. (1978) "The transatlantic nanny: notes on a comparative semiotics of family in English speaking societies" *American Ethnologist*, 5 (1): 30-43

DUBOIS, Ellen y GORDON, Linda (1989) "La búsqueda del éxtasis en el campo de batalla: peligro y placer en el pensamiento sexual feminista norteamericano del siglo XIX", en Vance, Carol (Coord.) *Placer y peligro*. Ed. Revolución. Madrid

ELBERDIN, Luis (1999) *La polémica clítoris-vagina*. XenpelarKulturdenda. Guipúzcoa.

- ELIZARI, Francico Javier (1982). “ Cristianismo y aborto voluntario” *El aborto. Un tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid
- FACIO, Alda (2002) “Engendrando nuestras perspectivas”. *Otras miradas*, Vol 2, Nº 2, Venezuela  
[http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/22806/1/articulo2\\_1.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/22806/1/articulo2_1.pdf)  
(última entrada 24 de Junio 2013)
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2005) “Aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva en España”. Observatorio de la Salud de la Mujer.  
<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD11588.pdf> (última entrada 8 de Septiembre 2013)
- FERNÁNDEZ, E. (1994) *Introducción a la Teoría del Derecho*. Tirant lo Blanch. Valencia.
- FERNÁNDEZ, Lola; INFANTE, Ana; BARREDA, Maite; PADRÓN, M<sup>a</sup> del Mar y DOBLAS, Juan José (2006) “Jóvenes, sexualidad y género”. Diputación de Málaga
- FORTÍN, Marie Fabianne (1999). *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid
- GARCÍA, Inmaculada y GONZALBES, Enrique (2013) “Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España”. *Revista Enfermería Global*. Nº 30.  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.160381> (última entrada 26 de Junio 2013)
- GARCÍA DE LA VILLA, José Manuel (2009) “Los problemas del psiquiatra en la valoración de la IVE”. *SOGAC* Núm. 15, Septiembre 2009.  
[http://www.sec.es/sec/sociedades\\_autonomicas/images/sogac\\_15.pdf](http://www.sec.es/sec/sociedades_autonomicas/images/sogac_15.pdf) (última entrada 4 de Agosto 2013)
- GÓMEZ, Begoña (2013) “Se cumplen 40 años desde que se dictó la famosa sentencia Roe contra Wade que despenalizó el aborto en EEUU. Tanto allí como en España el debate sigue abierto” .*Revista SModa El País*. 26 de enero. Pág. 28

- GONZÁLEZ, Pilar, TORAL, Isabel y VÁZQUEZ, Teresa (2009) "La evolución del pensamiento enfermero a través de los escritos de Pilar Arcas". *Metas de Enfermería*. Vol. 13, Nº 1
- GREGORI, Nuria (2006) "Los cuerpos ficticios de la biomédica. El proceso de la construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales". *Revista Antropología Iberoamericana*. Ed. Electrónica Vol. 1, núm. 1
- GUDIÑO, Pablo (2012) "Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 34.(2012.2) <http://www.redalyc.org/pdf/181/18126057017.pdf> (última entrada 26 de Junio 2013)
- GUTIÉRREZ, Alejandra (2010) "El aborto como lucha reivindicativa" en *¿Nosotras decidimos? Cuadernos Feministas*. Ed Trabe. Oviedo
- HESSEL, Steéphane (2011) *¡Indignaos!* Ed. Destino. Barcelona
- HITE, Shere (2003) *Orgasmo femenino*. Ed. Punto de Lectura. Madrid
- INJUVE (2011). "Jóvenes, actitudes sociales y políticas, movimiento 15M". <http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/42/publicaciones/Sondeo%202011-2a.pdf> (última entrada 24 de Agosto 2013)
- LACOMBE, Andrea (2012) "Inapropiadas e inapropiables". *Revista Nueva Sociedad*, nº 241. <[www.nuso.org](http://www.nuso.org)> (última entrada 24 de Mayo 2013)
- LEAL, Purificación y GONZÁLEZ, Jacinto (2008) *Sexualidade e xénero*. Concellalía de Xuventude de Nigrán.
- LE VAY, Simón (1995) *El Cerebro sexual*. Alianza Editorial. Madrid
- LÓPEZ, Félix (1990) *Manual de sexualidad en atención primaria*. Ed. Amarú. Salamanca
- (2005) *La educación sexual*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid
- MARINA, Jose Antonio (2002) *El rompecabezas de la sexualidad*. Ed. Anagrama. Barcelona.
- MARQUÉS, Josep y OSBORNE, Raquel (1991) *Sexualidad y Sexismo*. Fundación Universidad Empresa. Madrid

- MARQUINA, Mary y BRACHO, Cira (2007) "El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia". *Cultura de los Cuidados*, 2º semestre. Año XI. Nº 22.
- MARSET, Pedro (1982) *El aborto. Un tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid
- MARTÍ, Ana (2011) "Entre reinas, actrices secundarias y puros objetos. Experiencias de mujeres en reproducción asistida". <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/MartiGual.pdf>  
(última entrada 24 de Junio 2013)
- MEDINA, Jesús (2010) "Objeción de conciencia y enfermería". *Revista Enfermería de Ciudad Real*. Nº 60. Pp. 26-27.
- MEDINA, Miguel Ángel (2013) "Sanfermines: borracheras, encierros ¿y tocamientos?". *El País*. 12 de julio.
- MONEY, John y Tucker, Patricia (1975) *Asignaturas sexuales*. A.T.E Barcelona
- MOORE, Henrietta (1991) *Antropología y feminismo*. Ed. Cátedra. Madrid
- MORENO, A. y PICHARDO, J.L. (2006) "Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad", en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 1, Nº 1. Enero-Febrero 2006. Pp. 143-156.
- MUÑOZ, Aurora (2011) "Rouco lanza su primer mensaje al PP para cambiar la ley del aborto". *El País*, 30 de diciembre.
- NIELFA, Gloria (2009) "El nuevo orden libera" *Historia de las mujeres en España*. En de ANDERSON, Bonnie y ZINSEER, Judith (2009) *Historia de las mujeres. Una historia propia*. Crítica Barcelona
- NIETO, José Antonio (1989) *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Fundación Universidad Empresa. Madrid
- OPINIÓN (1999) "Matronas y objeción de conciencia". *Rol Enfermería*. 22(6) Nº 168, pp. 38.
- ORJUELA, María, RONDA, Elena y REGIDOR, Enrique (2009) "Contribución de la inmigración al incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo". *Rev. Medicina Clínica*. 133(6), pp.213-216

PERDIZ, Celsa (2009) "Aborto: Pasado, presente y futuro dende a experiencia profesional dunha traballadora social". SOGAC. Núm. 15, Septiembre. Núm. 15.

[http://www.sec.es/sec/sociedades\\_autonomicas/images/sogac\\_15.pdf](http://www.sec.es/sec/sociedades_autonomicas/images/sogac_15.pdf) (última entrada 24 de Junio 2013)

PÉREZ, Lourdes (2010) "Introducción a la Jornada de Debate ¿Nosotras decidimos?". *Cuadernos Feministas*. Ed Trabe. Oviedo

PÉREZ, Lourdes, COIRA, Gema, IRAZU, Eva, DE LA TORRE, Teresa, SILVA, Ana y GARCÍA-NIETO, Gloria (2009) "La otra cara del Aborto" en *¿Nosotras decidimos? Cuadernos feministas* Ed Trabe. Oviedo

PÉREZ, Mario (1982) "Los datos de la biología" *El aborto. Un tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid

POLANCO, CANTO DE CETINA, RUIZ Y ORDÓÑEZ (2006) "El llanto y la tristeza postaborto: ¿factores sinónimos de espontaneidad o de inducción?" *Revista Sexología Integral*. Vol. 3, núm. 3. Madrid

PRECIADO, Beatriz (2011) *Manifiesto contrasexual*. Anagrama. Barcelona

RAMÍREZ, Noé, QUINTANA, M<sup>a</sup> Olga, SANHUESA, Oliva y VALENZUELA, Sandra (2013) "El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería". *Enfermería Global*. N<sup>o</sup> 30

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.141821/147031> (última entrada 24 de Junio 2013)

RAMOS, Ramón (1983) "Informe-Resumen de los resultados de una investigación sociológica sobre el aborto mediante discusiones de grupo". *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N<sup>o</sup>. 21, pp. 243-251

[http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_021\\_13.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_021_13.pdf) (última entrada 22 de Junio 2013)



REDACCIÓN (2013) “Teología feminista, otra perspectiva del feminismo y la Religión” *Con la*  
A. Edición digital N° 18, 8 de Enero

[http://conlaa.org/numero.18/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=59](http://conlaa.org/numero.18/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=59) (última entrada 24 de Junio 2013)

RINCÓN, REYES (2013) “La justicia niega a una médica de familia la objeción sobre el aborto.”  
*El País*. Viernes 12 de abril.

ROSENBERG, Martha (2012) ¿Quiénes son esas mujeres? Bios y Sociedad. Jornadas  
Interdisciplinarias de Ética y Biopolítica.

<https://drive.google.com/viewer?pid=explorer&srcid=OB-qEOITx7sjLUp0cDZhQ3F>  
(última entrada 24 de Mayo 2013)

RUBIN, Gayle (1986) “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”. *Revista*  
*Nueva Antropología*. México. Noviembre.vol. VIII. N° 030 PP.95-145

SÁNCHEZ, Luis (1982) “Análisis Sociológico de la fenomenología del aborto” *El aborto. Un*  
*tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid

SOPEÑA, Ángel (1982) “Las indicaciones médicas y sociales para el aborto” *El aborto. Un*  
*tema para debate*. Ed. Ayuso. Madrid

SILBER, T.(2000) *Aborto en Dulanto: el Adolescente*. McGraww-Hill Interamericana. México.  
Citado en MARQUINA, Mary y BRACHO, Cira (2007) “El significado del aborto para la  
adolescente que ha vivido la experiencia”. *Rev. Cultura de los Cuidados* 2º semestre.  
Año XI. N° 22.

TÉLLEZ, Anastasia (2011) *Mujer/es, sexo social y género/s*. Máster en igualdad y género en el  
ámbito público y privado 2011/2013 (5ª edición)

<http://plataformaisonomia.uji.es/eduigualdad/> (última entrada 22 de Septiembre 2013)

VALDÉS, G. (2001) “Hacia un nuevo paradigma de articulación (no tramposo) de las  
demandas emancipatorias”. *Utopía y praxis latinoamericana*. 6(14):48-57

VANCE, Carole (1989) *Placer y peligro*. Ed. Revolución. Madrid

## ANEXO

## Anexo I. Perfiles completos de las personas entrevistadas

<b>ENTREVISTA E1</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 64 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> Servicio traumatología
<b>Experiencia laboral:</b> Matrona. Enfermera y religiosa seglar en Latinoamérica. Enfermera voluntaria en asociación de menores.
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Ninguna
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Ninguna/ninguno
<b>Religiosidad:</b> Católica creyente y practicante
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> Ninguno
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E2</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 52 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> Servicio medicina interna
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera hospitalización, mayoritariamente servicio urología
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por lo civil
<b>Parejas anteriores:</b> Dos estables
<b>Hijas/hijos:</b> Uno
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as) :</b> Uno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Uno espontáneo
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO, DIU
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Máster en Sexualidad Humana

<b>ENTREVISTA E3</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 48 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> COF
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera hospitalización, mayoritariamente servicio cirugía
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Pareja de hecho
<b>Parejas anteriores:</b> varias esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Una
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término(o de la pareja/as) :</b> Uno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO. Pareja preservativo
<b>Formación en materia de igualdad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E4</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 54 años
<b>Formación:</b> DUE-Especialista en Salud Mental. Licenciada en Antropología
<b>Puesto de trabajo:</b> Servicio psiquiatría
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera hospitalización psiquiátrica
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por la Iglesia
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> Creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de derechas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Dos
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Autodidacta

<b>ENTREVISTA E5</b>
<b>Sexo:</b> Hombre
<b>Edad:</b> 48 años
<b>Formación:</b> DUE-Matrón. Doctorado en Psicología
<b>Puesto de trabajo:</b> Enfermero Atención Primaria, Profesor EUE
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermero varios servicios de hospitalización. Comadrón
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casado por la Iglesia
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> Creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual y autoerótica
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as) :</b> 2
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> Preservativo. DIU la pareja
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Autodidacta

<b>ENTREVISTA E6</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 54 años
<b>Formación:</b> DUE-Especialista en Salud Mental
<b>Puesto de trabajo:</b> Supervisora servicio psiquiatría
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera Atención Primaria y servicios psiquiatría
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por lo civil
<b>Parejas anteriores:</b> Dos esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Dos
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> DIU y AVO. Pareja Vasectomía
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Autodidacta

<b>ENTREVISTA E7</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 41 años
<b>Formación:</b> DUE-Especialista en Salud Mental. Licenciada en Psicología
<b>Puesto de trabajo:</b> Servicio Psiquiatría
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera varios servicios hospitalización
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por lo civil
<b>Parejas anteriores:</b> Una estable, varias esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Dos
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO. Pareja preservativo y vasectomía.
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E8</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 35 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> Refuerzo de costa PAC
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera eventual de Atención Primaria y PACs
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Con pareja estable sin reconocimiento oficial
<b>Parejas anteriores:</b> Varias
<b>Hijas/hijos:</b> Ninguna/ninguno
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> De izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual y autoeróticas
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO. Preservativo pareja
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E9</b>
<b>Sexo:</b> Hombre
<b>Edad:</b> 57 años
<b>Formación:</b> DUE. 4º Psicología
<b>Puesto de trabajo:</b> Atención Primaria. Presidente Colegio Oficial Enfermería
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermero varios servicios hospitalización
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casado por la Iglesia
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> Católico creyente
<b>Ideología:</b> Liberal
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término(o de la pareja/as):</b> Dos
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> Ninguno
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E10</b>
<b>Sexo:</b> Hombre
<b>Edad:</b> 25 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> Enfermero pull
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermero varios servicios hospitalización
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Sin pareja
<b>Parejas anteriores:</b> Dos estables, cinco esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Ninguna/ninguno
<b>Religiosidad:</b> Católico creyente
<b>Ideología:</b> Liberal de izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> Preservativo. Pareja anillo vaginal, AVO
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Ninguna

<b>ENTREVISTA E 11</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 23 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> En paro
<b>Experiencia laboral:</b> Contratos en campañas promoción de salud
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Con pareja estable sin convivencia
<b>Parejas anteriores:</b> Una estable, varias esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Ninguna/ninguno
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal, no vota, ni simpatiza con partidos políticos.
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Curso violencia de género

<b>ENTREVISTA E 12</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 30 años
<b>Formación:</b> DUE
<b>Puesto de trabajo:</b> Enfermera pull
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera varios servicios hospitalización, quirófano ILEs
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Con pareja estable sin reconocimiento oficial
<b>Parejas anteriores:</b> Cinco esporádicas
<b>Hijas/hijos:</b> Ninguna/ninguno
<b>Religiosidad:</b> Católica creyente
<b>Ideología:</b> De izquierdas
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> En materia sexualidad en 3º ESO.

<b>ENTREVISTA E13</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 55años
<b>Formación:</b> DUE-Matrona
<b>Puesto de trabajo:</b> Supervisora quirófano partos
<b>Experiencia laboral:</b> Enfermera y matrona servicios hospitalización y quirófano
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por la Iglesia
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Uno
<b>Religiosidad:</b> No creyente
<b>Ideología:</b> Liberal
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Uno
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> AVO. Pareja vasectomía
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Varios cursos tanto de igualdad y

<b>ENTREVISTA E14</b>
<b>Sexo:</b> Mujer
<b>Edad:</b> 46
<b>Formación:</b> DUE. Matrona
<b>Puesto de trabajo:</b> Matrona Atención Primaria
<b>Experiencia laboral:</b> Matrona hospitalización
<b>Relación de pareja/estado civil:</b> Casada por la Iglesia
<b>Parejas anteriores:</b> Ninguna
<b>Hijas/hijos:</b> Dos
<b>Religiosidad:</b> Católica creyente
<b>Ideología:</b> Liberal
<b>Relaciones/actividad sexual:</b> Heterosexual
<b>Embarazos a término( o de la pareja/as):</b> Dos
<b>Abortos (o de la pareja/as):</b> Ninguno
<b>Métodos anticonceptivos utilizados:</b> Pareja vasectomía
<b>Formación en materia de sexualidad y/o igualdad:</b> Charlas, congresos sobre



## Anexo II Guión de la entrevista

Todas las entrevistas se han dado en un encuentro abierto siguiendo una metodología no directiva. Tras la consigna inicial y limitada la pregunta al tema a tratar, a lo largo de la entrevista se fueron intercalando consignas y comentarios de discurso tanto asertivo como narrativo para facilitar la comunicación y con el fin de recabar más información acerca de sus actitudes, representaciones, experiencias y conocimientos sobre el tema. Si bien fue la persona entrevistada la que al elaborar su propio discurso marcó la estructura y la jerarquía de la entrevista, se diseñó un guión previo o esquema temático a modo orientativo:

- Derechos sexuales y reproductivos:
  - Conocimiento de estos derechos que recoge la Ley Orgánica del 3 de marzo 2010, en vigencia, así como la reforma que se quiere llevar a cabo desde el Gobierno actual.
  - Actitud ante las diferentes legislaturas sobre el aborto y los argumentos de la ideología de base.
  - Confrontación entre derechos del no nacido y derechos de la mujer a ser libre y decidir sobre su embarazo. Actitud personal y del entorno
  - El derecho de la pareja
- Experiencia personal y/o profesional con respecto a la Salud Sexual, Reproductiva e IVE
  - Experiencia profesional en este terreno a lo largo de vida laboral
  - Vivencias personales
  - Vivencias con la población atendida
- Tutelaje del cuerpo, la sexualidad y la reproducción de la mujer desde las instituciones
  - Penalización del aborto. Violencia institucional. Consecuencias
  - Edades para dejar de ser tuteladas
- Opinión sobre la objeción de conciencia del personal que realiza atención directa de IVE.

- Formación en materia sexual y género. Conocimientos y carencias
- Reivindicación de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Implicación