

El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos

Norma Ojeda, María del Carmen Gavilanes y Eduardo González

El Colegio de la Frontera Norte

Resumen

Este es un estudio sociodemográfico comparativo del aborto inducido de las mujeres que viven en los dos lados de la frontera México-Estados Unidos. Se analiza el caso específico de Tijuana y San Diego mediante la utilización de fuentes complementarias de datos: una encuesta posparto realizada en el IMSS de Tijuana en 1993 con información para un total de 2 709 mujeres y los expedientes de la clínica *Womancare* de *Planned Parenthood*, con información para 1 109 mujeres. Esta última fuente incluye información sobre las mexicanas que cruzaron la frontera entre la primavera y el verano de 1993 para practicarse un aborto en condiciones legales y seguras en San Diego. Los resultados indican que el aborto ocurre más frecuentemente en las etapas avanzadas del periodo reproductivo de las mujeres. Sin embargo, también utilizan el aborto para posponer el inicio de su trayectoria reproductiva. Existen distintos patrones de aborto entre las mujeres fronterizas definidos por variaciones en la edad al momento del aborto, el número de hijos al momento de abortar, la edad al primer embarazo, las opiniones acerca del aborto, los motivos para abortar y los planes para enfrentar los efectos emocionales en la etapa postaborto.

Abstract

Abortion of Mexican Women in the Transborder Context Mexico-United States

This is a socio-demographic and comparative study of abortion among women who reside in both sides of the Mexico-United States Border. The case of Tijuana and San Diego is considered using two complementary data sources. These are: a *pos-partum* survey conducted in the IMSS of Tijuana in 1993—that provide information for 2 709 women—and the clinic records of *Womancare*—*Planned Parenthood* with information from 1 109 women. This last source includes information about Mexican women who crossed the border to practice a legal and safe abortion in San Diego during the spring and summer of 1993. The findings indicate that abortion is more frequent at the latest stages of the women's reproductive period. However, women also used abortion to postpone the beginning of their reproductive trajectories. There are several abortion patterns among female "borderlanders" determined by variations in age at abortion, number of children born at the time of abortion, age at first pregnancy, opinions about abortion, motives to abort, and plans to overcome the emotional impact of the post-abortion stage.

Introducción

El estudio del aborto inducido de manera voluntaria en la frontera norte de México, al igual que en el resto del país, es difícil de realizarse debido a las dificultades que existen para obtener información al respecto. El aborto en México está legalmente tipificado como un delito que se

persigue, excepto en algunos casos que pueden variar entre las distintas entidades federativas del país (Population Council y Grupo IDM, 2001). En el estado fronterizo de Baja California —que es el caso que aquí nos ocupa— el Código Penal y de Procedimientos Penales respectivo establece que el aborto no será punible cuando se trate de: a) aborto culposo, es decir, cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada; b) cuando sea resultado de una violación o una inseminación artificial practicada contra la voluntad de la embarazada, siempre que el aborto se practique dentro del término de los noventa días posteriores a la gestación y el hecho haya sido denunciado; c) aborto terapéutico, o sea, cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la atiende (Ojeda, 2003: 4-5). No obstante la clara definición de estos casos de excepción en que se permite el aborto voluntario, la práctica del mismo, bajo estos criterios, es muy limitada por razones de tipo social, cultural y político, como quedó demostrado en el llamado “Caso Paulina” ocurrido en Baja California en 1999, el cual fue ampliamente difundido por la prensa nacional e internacional (Poniatowska, 2000).¹

Otro aspecto que dificulta el estudio del aborto en México es la ocurrencia de abortos voluntarios que son casi imposibles de detectar en los registros hospitalarios y públicos respectivos. Estos se llevan a cabo frecuentemente en establecimientos clandestinos que no los registran ni reportan a las autoridades sanitarias; o bien, llegan a las salas de urgencia de los hospitales públicos y privados en forma de abortos espontáneos que, en realidad, constituyen abortos provocados con antelación, en ocasiones por personas no médicas o por las mismas embarazadas, los cuales son registrados como “legrados”. Este tipo de prácticas impiden que los registros hospitalarios nacionales sean una fuente confiable de información sobre el aborto inducido de manera voluntaria en el país.

Las dificultades para obtener información confiable se extienden a otras fuentes alternativas, como las encuestas retrospectivas de salud y demográficas. Estas incluyen frecuentemente las historias de embarazos de las entrevistadas, pero en ocasiones generan dudas acerca de la calidad de las respuestas obtenidas sobre los abortos voluntarios. Finalmente, el recurso de las estimaciones del

¹ El caso es sobre una niña de 13 años embarazada por causa de violación que intentó, con apoyo de sus padres, que se le practicara un aborto dentro de los términos que establece la ley respectiva. No obstante cumplir con todos los requisitos legales, este derecho le fue negado por las autoridades del sector salud en Baja California, al oponerse mediante mecanismos burocráticos y la presión social y psicológica ejercida por activistas del grupo Provida en el estado.

aborto mediante la utilización de técnicas indirectas de tipo demográfico o epidemiológico producen datos valiosos. Éstos, sin embargo, en ocasiones son difíciles de aceptar totalmente debido a los supuestos en que se basan las técnicas de estimación utilizadas acerca del comportamiento social y reproductivo de las poblaciones bajo estudio. Ante estas dificultades para estudiar el aborto en México conviene recurrir a otras opciones como analizar la práctica del aborto inducido de las mexicanas en el extranjero, especialmente en Estados Unidos y en la frontera con ese país.

La interrupción voluntaria del embarazo no deseado tiene rango de derecho constitucional en el país vecino del norte conforme a la resolución legal del caso *Roe versus Wade*, 1973 (Tribe, 1990). El estatus legal del aborto en Estados Unidos permite que las mujeres que residen en ese país tengan acceso legal al aborto, pero también extienden ese derecho a otras mujeres que deciden viajar a ese país con el mismo propósito. El contexto transfronterizo formado por la colindancia geográfica de estos dos países constituye un espacio social en el que una parte de la población femenina residente en el territorio mexicano tiene la posibilidad de cruzar la frontera hacia el país vecino en busca de diversos servicios de salud, incluyendo el aborto inducido de manera voluntaria en condiciones legales y médicas adecuadas. De este modo, dichas mujeres no tienen que poner en riesgo ni su salud ni su vida. En cambio, tienen la posibilidad de abortar de manera voluntaria sin verse acosadas legalmente y en un ambiente social donde el aborto es entendido como parte de los derechos reproductivos de las mujeres.

La colindancia con el país del norte, en los puntos donde se localizan las ciudades fronterizas, va a permitir a un grupo selecto de mexicanas tener acceso a los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en el lado estadounidense. Los servicios de aborto tienen precios relativamente razonables, tanto en la medicina privada como en los centros de salud no lucrativos en las ciudades estadounidenses vecinas.² Los registros de salud de estos centros constituyen una muy importante fuente alternativa de información para el estudio del aborto entre la población mexicana que a la fecha no ha sido explotada. Utilizar esta información nos permite acercarnos al conocimiento de este controvertido e importante problema social y de salud en México, salvando los problemas de información que presentan las fuentes mexicanas. Esta alternativa también nos

² El costo de practicarse un aborto en las clínicas de Planned Parenthood en San Diego es de aproximadamente 350 a 408 dólares, dependiendo del estatus social de la persona. Esto es menos de lo que cuesta un aborto practicado en condiciones de riesgo en clínicas clandestinas en México.

da la oportunidad de comparar los resultados que se obtienen al utilizar unas y otras fuentes.

Es precisamente a partir de esta alternativa de análisis que se desarrolla el presente estudio, tomando como caso específico el contexto transfronterizo Tijuana/San Diego. En este contexto se incluyen las mujeres residentes de los cinco municipios de Baja California y las de los condados de San Diego y Riverside que transitan de ida y vuelta entre Tijuana y San Diego. El objetivo principal es contribuir al conocimiento sociodemográfico de la práctica del aborto inducido de manera voluntaria por las mexicanas fronterizas.

Metodología y fuentes de información

La región transfronteriza Tijuana-San Diego es un espacio social en el cual interactúan las poblaciones que residen en los dos lados de la línea divisoria internacional entre México y Estados Unidos. Estas interacciones son regulares e incluso forman parte de la vida cotidiana de algunos segmentos de estas poblaciones. En este sentido, se considera importante utilizar información que, en lo posible, permita dar cuenta de lo que sucede en ambos lados de la frontera. Con este propósito se utilizan fuentes de información contemporáneas para Tijuana y San Diego. Para el lado mexicano recurrimos al uso de la “Encuesta Sobre la Condición Social de la Mujer y la Salud Reproductiva en Tijuana, Baja California” y para el lado estadounidense se utilizan los registros clínicos de Womancare de la organización Planned Parenthood, San Diego y Riverside, California.

La primera proporciona información sobre los abortos ocurridos en Tijuana sin distinguir su condición de espontáneos o voluntarios en el hospital de la Clínica 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1993.³ La otra fuente contiene información sobre los abortos inducidos de manera voluntaria en San Diego correspondientes a mujeres que viven en los dos lados de la frontera, incluyendo las residentes de México que cruzaron al otro país específicamente para practicarse un aborto durante la primavera y el verano de 1993. El uso complementario de estas dos fuentes permite darnos una idea de lo que estaba ocurriendo de manera simultánea en los dos lados de la frontera. Se trata de un mismo evento en la vida reproductiva de muchas mexicanas, pero

³ En 1993, todos los casos de atención ginecoobstetra eran atendidos en este hospital (Clínica 7) del IMSS en Tijuana. Aproximadamente dos terceras partes del total de los partos eran atendidos en este hospital en ese entonces.

vivido de manera distinta conforme a las condiciones sociales de cada uno de estos dos estados nación y sus respectivas visiones filosóficas y políticas acerca de los derechos reproductivos de las mujeres y de la práctica médica del aborto.

El análisis se realiza para 1993, y no para una fecha más reciente, debido a que solamente para este año se logró obtener información confiable y complementaria sobre el tema para ambas ciudades fronterizas. El logro de esta condición desafortunadamente no siempre es posible. En esta ocasión esto se logró gracias a la liberación de los datos para 1993 por parte de Planned Parenthood y la coincidencia de contar con una encuesta de salud reproductiva en Tijuana para el mismo año.

Las características de las fuentes utilizadas son las siguientes. La disponible para Tijuana es una encuesta *pos partum* que fue llevada a cabo entre mujeres derechohabientes del IMSS durante la primavera y el verano de 1993. Esta tiene amplia información para un total de 2 706 mujeres que fueron hospitalizadas por diversos motivos relacionados con el embarazo. Contiene información social, de salud y demográfica de la mujer, incluyendo su historia completa de embarazos y sobre el embarazo actual, motivo de la hospitalización. Por las limitaciones ya mencionadas esta fuente nos permite medir la frecuencia del aborto pero sin diferenciar los abortos espontáneos de los inducidos de manera voluntaria. La representatividad de esta fuente se refiere al total de la población femenina derechohabiente del IMSS en Tijuana que recibió atención hospitalaria relacionada con el embarazo durante la primavera y el verano de 1993.

La fuente disponible para San Diego son los expedientes clínicos de Womancare-Planned Parenthood para los condados de San Diego y Riverside. Esta proporciona información sobre distintos servicios de salud reproductivos que recibieron 1 190 mujeres durante la primavera y el verano de 1993. Estos servicios fueron ofrecidos a mujeres residentes tanto de los condados de San Diego y Riverside como de los municipios de Tijuana, Mexicali, Tecate, Rosarito y Ensenada que cruzaron la frontera para recibir atención médica. Importa mencionar que esta clínica concentró el total de los abortos realizados por la organización Planned Parenthood en los condados de San Diego y Riverside durante ese tiempo. El 69 por ciento del total de las pacientes, o sea, 815 mujeres, acudieron a practicarse un aborto. Esta fuente de información es de buena calidad y, por lo mismo, confiable. La información es muy limitada en lo que a las características sociales y demográficas de las mujeres se refiere debido a la política de la institución de cuidar al máximo la privacidad de las pacientes. En cambio, presenta amplia información acerca de las opiniones, los motivos y los sentimientos de las mujeres acerca del aborto.

Esta última fuente permite acercarnos de manera confiable al conocimiento del aborto inducido de manera voluntaria entre las mexicanas que viven en la región fronteriza de Baja California. La representatividad de esta fuente se limita al total de la población femenina que, durante los meses de la primavera y el verano de 1993, se practicó un aborto en Planned Parenthood, San Diego y Riverside.

Información sobre el aborto en México

La institución más reconocida mundialmente en investigación sobre aborto estima que en 1995 se realizaron 46 millones de abortos en todo el mundo. De éstos, cerca de 26 millones fueron legales y 20 millones ilegales, con una tasa anual de aborto mundial de aproximadamente 35 por cada 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad. En el mismo estudio y para el mismo año se identifica a la América Latina como la región que tiene la segunda tasa más elevada de aborto (37 por cada 1 000) después de Europa, pero con la notable diferencia de que mientras en Europa la inmensa mayoría de los abortos fueron legales, en América Latina casi 100 por ciento de los abortos fueron ilegales (The Alan Guttmacher Institute, 1996: 18-19).

Ahora bien, se estiman aproximadamente 533 000 abortos en México para el año de 1990 y una tasa anual de aborto de 25.1 por 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad para el mismo año. Este nivel de aborto ubica a México como un país con una tasa baja de aborto al compararlo con otros países como Chile (50), Brasil (40.8), Colombia (36.3) y Perú (56.1). Importa mencionar que estas estimaciones se basan en información obtenida en los registros médicos de mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto en países que tienen legislaciones sobre el aborto altamente restrictivas (The Alan, 1996: 22).

La baja tasa de aborto estimada para México en comparación con otros países con semejantes niveles de desarrollo se explica, en gran parte, por el impacto favorable que ha tenido la política de planificación familiar nacional. Esta última ha hecho posible el descenso marcado de la fecundidad durante las últimas tres décadas, con lo cual se ha contribuido de manera indirecta al descenso del aborto y de la mortalidad materna relacionada con el aborto (Sentíes, 1994). Por otra parte, también se reconoce la posible subestimación de los niveles reales del aborto inducido en el país. Esto se debe a problemas en las metodologías de estimación utilizadas y la dudable confiabilidad de la

información disponible (Benítez, 1994); así como al subregistro asociado a la práctica clandestina del aborto en el país (Sentíes, 1994).

Respecto al subregistro del aborto clandestino, en un estudio reciente se menciona la existencia de tres tipos de proveedores de servicios de aborto en América Latina, los cuales están diferencialmente dirigidos a tres grandes subgrupos de la población femenina. Estos son: a) personal médico profesional que presta sus servicios a mujeres que cuentan con recursos económicos suficientes para acudir a las clínicas clandestinas de aborto en las áreas urbanas y que pueden ser de aceptable calidad: b) enfermeras que proveen servicios de aborto a mujeres de medianos o bajos recursos económicos, quienes acuden a clínicas y consultorios clandestinos también en áreas urbanas pero frecuentemente de menor calidad que los anteriores, y c) personas con baja o nula capacitación médica, que proveen servicios de mala calidad a las mujeres más pobres, principalmente en áreas rurales ((The Alan, 1996).

Este esquema de opciones de proveedores de servicios clandestinos de aborto es aplicable también a México, según podemos inferir de los estudios cualitativos en los que se relatan con detalle las experiencias de las mujeres que han tenido un aborto inducido en condiciones clandestinas. Esta situación viene a cuestionar la legitimidad social de las políticas públicas que ignoran la importancia cuantitativa y cualitativa del aborto inducido y, muy especialmente, el estatus de criminalidad que tiene el mismo en los códigos penales de todo el país. Como bien señala Benítez Zenteno (1994) “...hasta ahora, la penalización del aborto no lo ha hecho desaparecer”. Y con relación a la capacidad de la mujer para regular su propia fecundidad, este mismo autor plantea que “...el derecho a la libre determinación del número y momento de sus maternidades se contradice con la penalización y clandestinidad del aborto en el país”; lo que, a su vez, contradice al principio que rige al artículo 4º constitucional mexicano en el que se reconoce el derecho de todas las parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

En términos de política implícita *versus* política explícita en materia de población podríamos pensar que en México la “falta de voluntad política para tratar el aborto” que señala María Luisa Leal (1994) en realidad constituye una política implícita de población para que el aborto clandestino contribuya al logro de menores tasas de fecundidad, pero sin tener que pasar por la lucha social y política de cambiar la tradicional postura conservadora y restrictiva mexicana sobre el aborto legal en el país.

Otro aspecto contradictorio es que en materia de políticas públicas de salud el aborto no es considerado prioritario, como la atención prenatal, pero en cambio sí se reconoce su importancia en términos de costo al señalársele como el segundo rubro nacional de gasto más importante en materia de servicios de salud reproductiva después de los partos (Langer *et al.*, 1998.) Al respecto, es notable la intensificación de la investigación científica y de programas de intervención relacionados con la atención postaborto en México durante los últimos años (Population Council, 1998).

Como parte de la mayor exposición pública del tema del aborto en México, debida a los avances logrados en materia de salud reproductiva y derechos sexuales durante la última década en el país, se han llevado a cabo varias encuestas de opinión sobre actitudes acerca del aborto por parte de la población, particularmente de los jóvenes. Estas encuestas y sus resultados presentan variaciones relevantes, pero también interesantes coincidencias que son importantes de mencionar. En lo general, los resultados de la Encuesta del Population Council y del Grupo IDM (Population, 2001) indican un conocimiento muy pobre sobre las leyes mexicanas acerca del aborto entre la población de 15 a 65 años de edad. Sólo 45 por ciento de las encuestadas dijo saber que las leyes mexicanas aceptan el aborto en ciertas condiciones y 44 por ciento pensaba que el aborto nunca es legal. En otro estudio elaborado con la misma fuente se detectó que esta situación es todavía más grave entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, toda vez que 54 por ciento de los jóvenes entrevistados declararon desconocer las leyes del aborto de sus respectivas entidades federativas y 82 por ciento de ellos pensaban que el aborto nunca es legal en México (Becker *et al.*, 2002: 205).

Finalmente, en términos de opinión, los estudios realizados indican en lo general una postura conservadora de la población con respecto a la posible despenalización del aborto en el país. Esto, sin embargo, se acompaña del hecho de que la inmensa mayoría de los entrevistados y las entrevistadas dicen estar en favor de que el aborto sea legal en algunas circunstancias, entre las cuales destaca en todos los estudios aquélla en la que el embarazo es producto de una violación. También se justifica el aborto legal en los casos de riesgo de muerte de la madre, cuando la salud de la madre está en riesgo y cuando hay evidencias de defectos serios de nacimiento en el bebé (Rodríguez, 2000; Population, 2001; Becker *et al.*, 2002; Ojeda, 2003). Otro hallazgo interesante es que a pesar del predominio de su filiación católica, los mexicanos muestran postura laica con relación a las leyes del aborto. Por ejemplo, en Baja California, 70 por ciento

de las entrevistadas piensan que los representantes de la Iglesia no deben participar en la definición de las leyes sobre el aborto (Ojeda, 2003: 17). En Guanajuato se piensa que los líderes políticos no deben votar sobre el aborto conforme a sus creencias religiosas personales (Rodríguez, 2000: 38). Y entre los jóvenes de todo el país no se observa asociación estadística significativa entre su postura sobre el aborto legal y su práctica católica (Becker *et al.*, 2002). Por último, se tiene que tanto entre los adultos como entre los jóvenes de todo México pudo detectarse el reclamo de que los hospitales de las instituciones públicas de salud deberían ofrecer servicios de aborto legal (Population Council y Grupo IDM, 2001: 6-8).

Un último aspecto por tratar es que a pesar de que hay múltiples limitaciones para estudiar de manera idónea el aborto en el país, se han realizado importantes estudios para medir el nivel y los patrones de aborto. Estos estudios arrojan valiosa información que se basa en técnicas indirectas de estimación, o bien, en mediciones directas del fenómeno usando los registros hospitalarios y las encuestas demográficas y de salud principalmente. Por ejemplo, Weltti (1993: 26) estima una incidencia de 0.7 abortos por mujer al final de su vida reproductiva, lo cual, indica el autor, representa aproximadamente 20 por ciento de la fecundidad al inicio de la década de 1990. Por su parte, Núñez y Palma (1990) utilizan la Encuesta sobre Fecundidad y Salud de 1986 y calculan que 22.1 por ciento de las entrevistadas que declararon alguna vez estar embarazadas habían tenido al menos un aborto. Los autores plantean que esta situación varía con la edad, siendo mayor el número de mujeres que abortan conforme aumenta la edad. De modo que este porcentaje llega a ser de 34 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años de edad. Otra característica consiste en que las mujeres con más escolaridad tienen más casos de aborto que las menos escolarizadas (Núñez y Palma, 1990: 31).

La información proveniente de registros hospitalarios relacionados con el aborto complementa los datos anteriores. Así, por ejemplo, en un estudio realizado sobre las hospitalizaciones relacionadas con abortos en los países con menores niveles de desarrollo se plantea que la práctica del aborto está dirigida principalmente a terminar la trayectoria reproductiva de las mujeres. El aborto es más frecuente entre mujeres mayores de los 20 años de edad, entre las casadas o unidas y entre las que ya tienen hijos al momento abortar. En contraste con lo que sucede en países desarrollados donde el aborto inducido se da frecuentemente entre mujeres muy jóvenes, la mayoría son solteras y cerca de la mitad no han tenido hijos al momento de abortar (The Alan, 1996).

Este patrón de aborto para terminar la reproducción de las mujeres en los países menos desarrollados por extensión es aplicable al caso mexicano. Sin embargo, es necesario considerar que este patrón sólo refleja una parte del complejo fenómeno del aborto en países como México. Para tener una idea más completa sobre este fenómeno sería necesario tomar en cuenta también la información proveniente de los establecimientos clandestinos donde acuden las mujeres a practicarse el aborto. Desafortunadamente, los autores del presente trabajo no pudieron localizar un estudio cuantitativo de este tipo para el caso mexicano. No obstante, los hallazgos obtenidos en un estudio en otro país latinoamericano señalan la existencia de otro tipo de patrón de aborto que no necesariamente coincide con el anteriormente descrito. En un estudio llevado a cabo en un servicio clandestino relativamente seguro de una pequeña ciudad de América del Sur, Strickler *et al.* (2001) encontraron que nueve de cada diez mujeres abortantes habían cursado al menos secundaria, cerca de 75 por ciento de ellas tenían menos de 30 años de edad y un porcentaje similar de ellas no estaban casadas, 54 por ciento no tenía hijos y 13 por ciento había tenido al menos un aborto anterior. Estos datos indican un patrón en el cual el aborto está ligado al parecer con la intención de posponer el inicio de la reproducción para un alto porcentaje de mujeres.

Los hallazgos de este último estudio nos hacen ver la necesidad de incursionar en otro tipo de aproximaciones metodológicas para estudiar el aborto inducido en países como México, donde pudiera ser que se estén dando diferentes patrones de aborto entre subgrupos de la población femenina. Es sólo mediante la consideración de los posibles distintos patrones de aborto lo que nos puede dar un conocimiento más integral de este complejo problema social y de salud en el país.

El contexto transfronterizo Tijuana-San Diego

Los determinantes sociales y culturales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto internacional de la frontera México-Estados Unidos todavía no han sido suficientemente comprendidos. Entre los varios aspectos que podrían explicar el caso de las comunidades fronterizas que se encuentran en constante e intensa relación con flujos de migrantes en dirección Sur-Norte y Norte-Sur hay dos de particular importancia para los efectos del presente trabajo: uno de estos se refiere a las limitaciones propias que tiene la investigación biomédica para explicar las relaciones entre el comportamiento social y la

problemática de la salud sexual y reproductiva, pues la poca información que se tiene al respecto proviene principalmente de este tipo de investigación. El otro aspecto es la falta de un marco analítico en las ciencias sociales que dé cuenta de las peculiaridades de las relaciones entre sociedad y salud en contextos culturales internacionales aplicables a la problemática de la salud sexual y reproductiva. Es importante mencionar que se han dado importantes avances en esta dirección por parte de algunas iniciativas de investigación en los estudios de género sobre la salud reproductiva en la frontera México-Estados Unidos (Monk *et al.*, 1999) Sin embargo, es mucho lo que queda por hacer a este respecto.

Frente a esta problemática se plantea la necesidad de intentar aproximaciones analíticas que permitan continuar avanzando para llenar este vacío de información en el estudio social de la salud reproductiva en la frontera. Una alternativa al respecto consiste en tratar de entender la salud en contextos sociales específicos. Se trata de una perspectiva en la cual el espacio es considerado como un parámetro de análisis fundamental para entender el comportamiento social cotidiano y su relación con la problemática de la salud reproductiva. En algunos estudios sobre la frontera, tal perspectiva analítica viene a hacer énfasis en la importancia de entender el comportamiento de la “población fronteriza” o de los “fronterizos” como parte de un todo más grande que podemos identificar como “cultura fronteriza” o “cultura de la frontera” (Martínez, 1997). Esta última puede ser considerada como un sistema cultural particular que se define y emerge en un contexto geográfico y social específico y adopta su propia identidad. Postura que contrasta con lo que se plantea en algunos estudios de entender a la frontera como un espacio en el que predomina “lo mexicano” *versus* “lo americano” o viceversa; o bien, como parte de un proceso gradual de asimilación hacia “lo mexicano” o “lo americano”.

La frontera de México y Estados Unidos es un contexto socioespacial y cultural *sui generis*. En éste se encuentran e interactúan el primer mundo y el tercer mundo y dan lugar a una sociedad distinta a la mexicana y la estadounidense. Se caracteriza, entre otros rasgos, por ofrecer un amplio mosaico de opciones a elegir para las poblaciones que viven en ambos lados de la frontera, de donde emergen contrastantes y algunas veces conflictivos estilos de vida alternativos a lo que se les podría denominar como “estilos de vida mexicanos,” o bien, “estilos de vida americanos”. Las mujeres y sus vidas privadas no son inmunes a este fenómeno. Las mujeres de la frontera o fronterizas están expuestas a la coexistencia de diversos sistemas de género y de familia, entretejidos en una

cultura única que es la “cultura fronteriza,” la cual que combina de una manera híbrida elementos culturales de “lo americano” y “lo mexicano,” pero sin ser réplica de ninguna de ellas. La cultura de la frontera o fronteriza forma un complejo sistema que va a influir, en mayor o menor medida, a los distintos grupos de mujeres. Esto se da tanto en su cotidianeidad como en las percepciones que tienen sobre sí mismas; su condición de género, su sexualidad y reproducción y las opciones que al respecto enfrentan.

En esta frontera son enormes las diferencias económicas que se combinan con largos y sostenidos flujos de migrantes, tanto legales como indocumentados, y son evidentes los lazos económicos, sociales y demográficos que existen entre las poblaciones asentadas en los dos lados de la frontera. Como parte de este mismo fenómeno, los fronterizos y las fronterizas viven y se reproducen social y demográficamente conforme a este complejo sistema cultural fronterizo que involucra rasgos culturales, sociales y normativos pertenecientes a los dos países involucrados, pero en un híbrido peculiar que se distingue bajo lo que denominamos como “lo fronterizo” (Martínez, 1997).

La frontera tiene una extensión de casi dos mil millas que no constituyen una región homogénea. Existen importantes diferencias entre las comunidades fronterizas que se van a expresar en distintas condiciones de desarrollo económico y social, así como en distinguibles rasgos locales que adopta la cultura fronteriza en cada contexto específico. Cada comunidad es única conforme a su historia y la integración social y económica con la comunidad gemela del país vecino y las condiciones de su particular integración política, económica y social con el resto del país. En cada caso, las comunidades son directa o indirectamente afectadas por las relaciones asimétricas de poder que existen entre la sociedad mexicana y la estadounidense. Sin embargo, el grado de asimetría y la intensidad de las relaciones entre las poblaciones asentadas en ambos lados de la frontera varían conforme se trate de una comunidad u otra.

Entre las trece ciudades gemelas fronterizas más grandes destacan Tijuana y San Diego, con una población conjunta de 2 493 077 habitantes en 2000 (Pick *et al.*, 2001). Este par de ciudades representa uno de los contextos fronterizos más contrastantes y complejos. La estructura económica de estas ciudades fronterizas se distingue de otras ciudades gemelas fronterizas por su dinamismo y diversidad. Además de la importancia de la industria turística en ambas ciudades, Tijuana es uno de los centros más importantes de la industria maquiladora, la cual es muy diversa en lo que toca al tipo de productos generados y el nivel tecnológico y manufacturero de las empresas; así como el

origen del capital invertido que proviene no sólo de Estados Unidos sino también de países asiáticos, principalmente Japón y Corea (Carrillo *et al.*, 1995). Por su parte, San Diego forma parte de la quinta economía más grande del mundo, que es California (Herzog, 1990) y tiene una de las bases navales más grandes de Estados Unidos, que incluye personal y sus respectivas familias provenientes de toda la unión americana. Asimismo, las condiciones asimétricas de poder económico dan razón de existir a los *commuters*, que son trabajadores que viven en un lado de la frontera pero trabajan en el otro (*ídem*, 1990), los cuales también forman parte de este espacio fronterizo determinado por el cruce diario Norte-Sur y Sur-Norte de productos, servicios y personas en busca de oportunidades y mejores condiciones de vida; así como de satisfactores y relaciones afectivas. Relaciones e intercambios que se llevan a cabo sin importar la existencia de la línea internacional divisoria entre los dos estados nación involucrados.

Por otra parte, ambas ciudades presentan por separado y en su conjunto una gran diversidad demográfica y cultural. Esta diversidad es mayor en San Diego, aunque también está presente en Tijuana. En el contexto que forman ambas ciudades coexisten poblaciones nativas y emigrantes con muy variados tiempos de residencia en la frontera y originarias de muy diversos países. Además de las poblaciones mexicana, proveniente de diferentes regiones del país, y estadounidense, de origen anglosajón, que viven en los dos lados de la frontera, coexisten otros grupos. Entre estos destacan por su importancia numérica los originarios de varios países asiáticos (Center, 1998). Las complejidades del contexto fronterizo Tijuana/San Diego se expresan en otras formas que tienen que ver con la vida cotidiana de las personas y su identidad cultural. Una larga historia de migraciones Sur-Norte y Norte-Sur entre ambos países han dejado su huella en este punto de la frontera y han dado lugar a la formación de extensas redes sociales vinculadas por lazos de sangre, matrimonio y de tipo social, las cuales forman “familias transfronterizas” (Ojeda, 1994). Este tipo de familias involucra frecuentemente a personas nacidas en los dos países, con estatus migratorios distintos, ciudadanos de uno u otro país, o bien, con las dos nacionalidades, y que han sido socializados en ambos países en mayor o menor medida.

En este marco contextual, cabe preguntarse cuál es la importancia de entender “lo fronterizo” para acercarnos al estudio del aborto inducido entre la población femenina mexicana. Para responder a esta pregunta es necesario reconocer que uno de los rasgos de la vida fronteriza consiste en cruzar al “otro

lado” para buscar lo que no se encuentra en “este lado”; o bien, buscar algo de mejor calidad. Los movimientos de la población en busca de bienes y servicios se dan en ambas direcciones de la frontera. En el caso de los servicios de salud reproductiva, algunas encuestas realizadas al respecto y estudios especializados indican que, por ejemplo, las residentes de Baja California cruzan a San Diego para recibir, entre otros servicios, atención prenatal, planificación familiar y por razones de parto. La proximidad geográfica con Estados Unidos da a las mexicanas fronterizas la posibilidad de tener acceso al aborto sin riesgos legales y de salud. A las que viven en territorio mexicano, la frontera da oportunidad de cruzar al otro país y, en consecuencia, tener acceso a un espacio social distinto al propio en cual es permitido asumir plenamente su responsabilidad frente al aborto sin ser objeto de hostigamiento social. En este espacio, las mexicanas se van a encontrar presionadas únicamente por su ser individual y sus ideas acerca de esta controvertida problemática social y de salud.

Esto es parte de la vida fronteriza para algunas mujeres; de hecho, lo ha sido para mujeres y hombres de varias generaciones aunque los cruces no siempre se han llevado a cabo en la misma dirección. Hasta antes de 1973, año en que el aborto fue legalizado en Estados Unidos y especialmente en el estado de California, el flujo de los cruces era de Norte a Sur. Esta era una práctica que duró varias generaciones y que es descrita por Donald Ball (1967) en su estudio sobre la experiencia de las residentes de San Diego que, en ese entonces, cruzaban a Tijuana para practicarse el aborto bajo condiciones sórdidas en las varias clínicas clandestinas que en ese entonces existían para satisfacer la demanda respectiva por parte de mujeres residentes de ambos lados de la frontera. La diferencia es que hoy en día toca a las residentes del lado mexicano cruzar “al otro lado” para tener acceso a un aborto en condiciones legales que les garantiza condiciones aceptables de higiene, atención médica y consultoría psicológica, algo que las mexicanas no pueden encontrar del lado mexicano, incluso en los casos de aborto provocados que llegan a los hospitales en condiciones de urgencia. Esto se debe a las condiciones de clandestinidad que impone el estatus punible del aborto voluntario en las leyes nacionales.

Ahora bien, recurrir al aborto en estas condiciones es una opción a la que no todas las mexicanas fronterizas tienen acceso por ser ésta una opción únicamente para un segmento privilegiado de ellas. Ir “al otro lado” donde les es permitido legalmente practicarse un aborto es posible sólo para las que tienen el dinero, la información y los medios necesarios para cruzar la frontera, tales como poseer

un pasaporte nacional con visado o un “pasaporte local”.⁴ Esto hace que la opción de practicarse un aborto sin riesgo sea altamente discriminatoria por clase social, lo cual va en contra de la gran mayoría de las mujeres fronterizas que carecen de recursos para cruzar al otro país o para pagar el aborto en California. Para estas mexicanas la única opción, en caso de que se decidan a interrumpir un embarazo no deseado, es poner en riesgo sus vidas o, en el menor de los casos, correr riesgos de morbilidad y de estigma social. Estas diferencias por clase social en la práctica del aborto en la frontera norte ponen en evidencia el carácter claramente discriminatorio que, en la práctica social, tiene la legislación mexicana del aborto en contra de las mujeres con menos recursos económicos en el país.

De manera que a pesar de vivir en la frontera son muchas las mexicanas que siguen sujetas a las condiciones legales y las diferencias sociales y económicas que hacen del aborto en el país un problema claramente discriminatorio en contra de las mujeres con escasos recursos. Las fronteras no geográficas, sino sociales, sólo pueden ser cruzadas por unas cuantas mexicanas; lo cual hace del aborto un problema no precisamente moral sino social, determinado en el acceso por la enorme desigualdad social y económica que existe entre la mexicanas de la frontera norte, al igual que en otras partes del país. Con la diferencia de que en esta frontera la desigualdad social frente al aborto es más evidente y puede medirse de manera directa y confiable.

El aborto en Tijuana

Los resultados de la “Encuesta sobre la condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B.C.” indican que 7.4 por ciento (199 casos) del total de las mujeres que fueron hospitalizadas durante la primavera y el verano de 1993 recibieron atención médica por razones de aborto. Esta es información transversal o de momento. Ahora bien, los datos obtenidos en la historia de embarazos del total de las entrevistadas indican que 23 por ciento de ellas, o sea, 621 mujeres, declararon haber tenido alguna vez por lo menos un aborto. De éstas 487 tuvieron sólo un aborto, 98 tuvieron dos abortos y 36 tuvieron tres o más abortos. Cabe recordar que en esta fuente de información es imposible diferenciar con precisión entre los abortos espontáneos y los voluntarios.

⁴ Los habitantes fronterizos mexicanos llaman “pasaporte local” a la visa que extiende el gobierno de Estados Unidos a algunos residentes de la frontera mexicana después de satisfacer algunos requisitos de identificación personal y de domicilio.

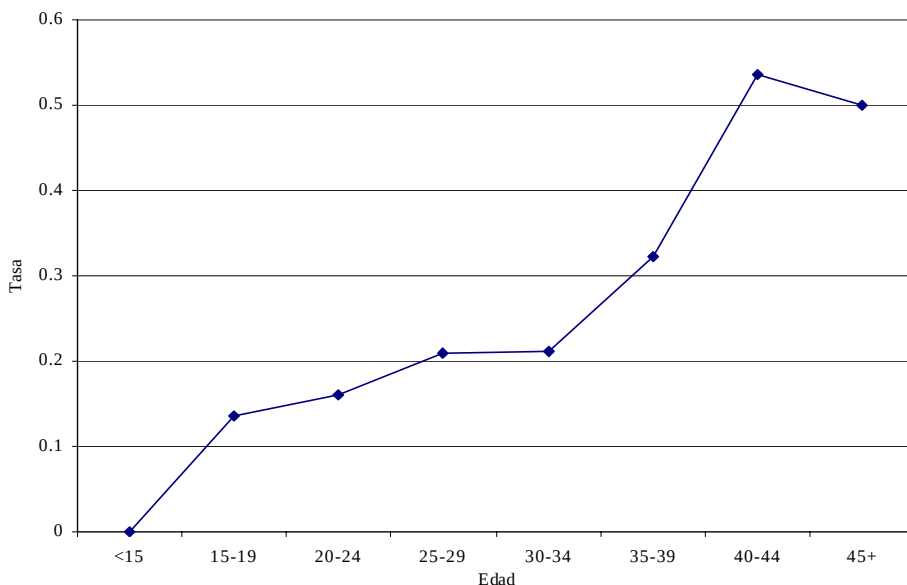
Finalmente, las mismas historias de embarazos de las mujeres nos permiten observar que el primer embarazo de 14 por ciento de las entrevistadas (399 casos) terminó en aborto, ya sea espontáneo o inducido de manera voluntaria. Con base en estos dos tipos de información, a continuación se describe el comportamiento del aborto entre las mujeres derechohabientes del IMSS en Tijuana.

El aborto como evento para terminar la reproducción

La información que nos proporciona la encuesta acerca de los embarazos terminados en aborto al momento de la encuesta nos permite observar el aborto como un evento terminal de la reproducción en la vida de las mujeres, ligado tanto a situaciones de tipo fisiológico como demográfico. La información en la gráfica 1 nos deja ver que la distribución de las tasas específicas por edad del aborto corresponde a una curva tardía. Esto indica una creciente ocurrencia del aborto conforme son más avanzadas las etapas del periodo reproductivo, especialmente a partir de los 35 años de edad, tendencia que alcanza su cúspide entre los 40 y 44 años, y tiende a bajar ligeramente a partir de los 45 años de edad. El comportamiento de las tasas por edad coincide con el incremento en las probabilidades del aborto espontáneo también durante las etapas más avanzadas del periodo reproductivo femenino, especialmente a partir de los 40 años de edad. Pero también podríamos pensar que el aborto inducido contribuye a esta tendencia al suponer que esta práctica sería más frecuente una vez que las mujeres han alcanzado el número deseado de hijos nacidos vivos, o bien, al tener un número suficiente de ellos.

Así podríamos pensar que la creciente frecuencia de embarazos terminados en abortos en las etapas más avanzadas del periodo reproductivo pudiera estar indicando un fenómeno de tipo fisiológico o de salud, al igual que demográfico en los casos en los que las mujeres recurren al aborto voluntario como medio para terminar su reproducción. Este mismo comportamiento en las tasas específicas del aborto ha sido anteriormente identificado para el caso de los países en vías de desarrollo, como se indicó antes.

GRÁFICA 1
IMSS-TIJUANA, MÉXICO, 1993. TASAS DE ABORTO ESPECÍFICAS
POR EDAD



Perfil demográfico y social de las mujeres que abortaron en Tijuana

¿Cuáles son las características que tienen las mujeres que experimentan el aborto? Esta simple pregunta, al igual que el estudio del aborto mismo en México, es muy difícil de responder debido a la ausencia de diferenciación entre abortos espontáneos y abortos voluntarios en los registros hospitalarios y, frecuentemente, en las encuestas. Por tratarse de dos fenómenos tan diferentes en cuanto a sus causales es difícil interpretar la relación que podrían tener las características sociales y demográficas de las mujeres con el aborto. Por ejemplo, la actividad económica de la mujer podría tener interpretaciones muy distintas para el aborto espontáneo o el aborto inducido de manera voluntaria. En el primer caso podría pensarse en riesgos asociados a la actividad laboral de la mujer que estarían afectando su salud y contribuir a las probabilidades de que

experimente un aborto espontáneo. En cambio, en el aborto voluntario, la actividad laboral de la mujer podría interpretarse como asociada a la posibilidad de que decida terminar un embarazo no deseado para evitar que el nacimiento de un hijo interfiera con sus planes de desarrollo personal, o bien, que esto le dé la posibilidad de pagar la intervención quirúrgica respectiva. Estando conscientes de lo anterior, a continuación se presentan algunas diferenciales, según diversas características sociales y demográficas básicas de las mujeres que tuvieron un aborto durante su hospitalización. Esto se da con la finalidad de obtener el perfil sociodemográfico de ellas y no necesariamente buscando una relación de causalidad entre las variables respectivas y la ocurrencia del aborto espontáneo, o bien, del aborto inducido de manera voluntaria.

Acerca de las características demográficas de las mujeres como son su edad, estado civil y número de años de vida conyugal, la información del cuadro 1 nos permite observar lo siguiente. Con relación a la edad, podemos ver que la proporción de mujeres que tuvieron un aborto fue mayor en los grupos de edad más avanzados, principalmente de los 35 años en adelante. De modo que, mientras las mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años (las edades de más alta fecundidad) presentan una proporción de abortos de solo 6.1 y 6.4 por ciento, respectivamente, la proporción se duplica entre las que tienen entre 35 y 39 años (13 por ciento) y crece más todavía en el grupo de mujeres de 40 años y más, con cifras superiores a 20 por ciento. Estos resultados van de acuerdo con la tendencia observada en las tasas específicas de fecundidad que presenta la cohorte sintética presentada en el apartado anterior. Esto es, que a mayor edad mayor incidencia de aborto. Como se indicó antes, esto pudiera estar asociado tanto a mayores niveles de riesgo de aborto a edades mayores como problema de salud, como al hecho de que las mujeres decidan recurrir al aborto para terminar su descendencia en las etapas avanzadas del periodo reproductivo.

Respecto al estado civil, se tiene que el aborto fue más frecuente entre las solteras que entre las alguna vez unidas. Mientras que entre las solteras 10 por ciento de ellas tuvo un aborto, las casadas y las que viven en unión libre o consensual abortaron en 8.1 y 6 por ciento, respectivamente. Por su parte, las divorciadas o separadas presentaron un porcentaje intermedio entre las casadas y unidas. Por último, los años de vida conyugal al parecer también marcan un diferencial en el comportamiento del aborto. La proporción de mujeres que abortaron tiende a ser ligeramente mayor conforme aumenta el número de años vividos en pareja, o sea, conforme el curso de vida familiar se encuentra más avanzado, resultado que apunta a la misma lógica indicada anteriormente acerca

del comportamiento del aborto a edades mayores y etapas avanzadas del periodo reproductivo de las mujeres.

CUADRO 1
IMSS-TIJUANA 1993: PORCENTAJE DE ABORTOS OCURRIDOS SEGÚN
CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES

	%		%
<i>Edad</i>		<i>Educación</i>	
-17	3.8	Menos que primaria	6.5
18-19	6.1	Primaria y secundaria incompleta	7.6
20-24	6.4	Secundaria y preparatoria incompleta	7.6
25-29	8.3	Preparatoria y más	8.2
30-34	8.4	<i>Años de vida conyugal</i>	
35-39	12.9	0-1	6.1
40-44	21.4	2-3	6.8
45 y más	22	4-5	6.8
<i>Actividad económica</i>		6-7	8.9
Asalariada	17	8 y más	9.6
Asalariada y estudiante	10.5		
Asalariada y ama de casa	9.1		
Ama de casa	5.6		
<i>Estado civil</i>			
Soltera	10.1		
Casada	8.1		
En unión consensual	6.0		
Separada o divorciada	7.8		

Nota: se incluyen tanto abortos inducidos como abortos espontáneos.

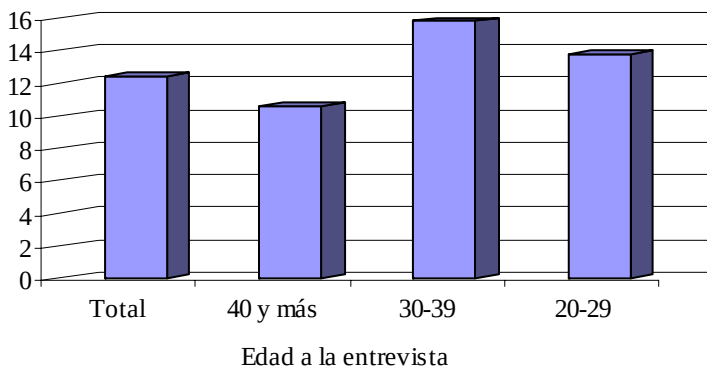
Con relación a las variables sociales que nos proporciona la encuesta, se presentan los resultados acerca de la escolaridad y la actividad económica de la mujer. También en el cuadro 1 puede verse que los diferenciales entre las categorías de escolaridad son poco marcados pero reveladores entre los grupos extremos. Al parecer, la diferencia se da entre las mujeres que tienen menos de primaria completa, con el porcentaje menor de abortos (6.5 por ciento), y las que

tienen educación preparatoria o más, con el mayor porcentaje de mujeres que abortaron (8.2 por ciento). Finalmente, la variable social que parece marcar más una diferencia es la actividad laboral de la mujer. En este caso, los diferenciales son marcados, especialmente entre las que declararon trabajar a cambio de un salario fuera de su hogar y las que declararon dedicarse sólo al hogar. Poco menos de 6 por ciento de estas últimas tuvieron un aborto, en tanto que el porcentaje fue casi tres veces mayor entre las mujeres que declararon trabajar fuera de sus hogares a cambio de un salario. Por su parte, aquellas mujeres que son asalariadas y estudian, lo mismo que las que declararon trabajar y dedicarse al hogar, también presentan porcentajes más altos de aborto que las mujeres que se dedican sólo al hogar, con porcentajes del orden de 10.5 y 9.0 por ciento, respectivamente.

Indicios sobre el aborto como evento para posponer el inicio de la reproducción

El comportamiento del aborto puede percibirse como evento ligado a las etapas avanzadas del periodo reproductivo de las mujeres y la posible intención de ser un recurso para terminar la descendencia, sin embargo, no debe hacernos descartar la posibilidad de que el aborto también pudiera ser un evento ligado al inicio de la reproducción, o sea, como recurso para posponer el inicio del nacimiento de los hijos en el curso de vida familiar de las mujeres. La información que se presenta en la gráfica 2 muestra el porcentaje de mujeres con un primer embarazo terminado en aborto a distintas edades. La comparación entre las mujeres de los distintos grupos de edad nos permite observar que las mujeres del grupo de edad mayor tienen un porcentaje notablemente menor de abortos que los grupos jóvenes. Esto se ve claramente entre las mujeres de 40 y más años de edad y las de 30 a 39, y en menor medida, con relación a las de 20 a 29 años. Importa mencionar que la menor diferencia entre este último grupo y los otros dos tiene que ver con un problema de truncamiento de la información en la encuesta. Comparativamente, las más jóvenes han estado menos tiempo expuestas al riesgo de experimentar un primer embarazo y, por consecuencia, su posible terminación en aborto. Por lo que si tomamos en cuenta que se trata de grupos decenales de edad, es posible esperar que las jóvenes, al término de su reproducción, podrían presentar niveles más elevados de aborto del primer embarazo no sólo que las mujeres del grupo de mayor edad, sino incluso que las del grupo de edades intermedias en la encuesta.

GRÁFICA 2
IMSS-TIJUANA, 1993. PORCENTAJE DE PRIMEROS EMBARAZOS
TERMINADOS EN ABORTO



Nota: incluye tanto abortos inducidos como abortos no inducidos.

Nuevamente es imposible saber si se trata de abortos espontáneos, o bien, inducidos voluntariamente. En correspondencia, no se puede afirmar que se trata de casos de aborto ligados a problemas de salud o bien, a una práctica deliberada dirigida a posponer el inicio de la decencia familiar en la vida reproductiva de las mujeres. No obstante, es posible sospechar que lo último pudiera tener un peso creciente entre el grupo de las mujeres más jóvenes si aceptamos que los problemas de salud deben pesar menos conforme se trata de generaciones más recientes, siguiendo la lógica de la transición epidemiológica. De modo que sería posible pensar en el aborto como fenómeno demográfico; o sea, como un evento en la vida reproductiva de un número creciente de mujeres de las generaciones jóvenes que está dirigido a posponer el inicio de la reproducción. Al respecto, habría que considerar la relación de este hallazgo con lo observado en otras investigaciones en el campo de la salud reproductiva que señalan el inicio más temprano de las relaciones sexuales entre las generaciones más jóvenes, lo cual no siempre se lleva a cabo utilizando anticonceptivos (Stern, 1995). En esta misma dirección también se encuentra el hecho de que las mujeres bajacalifornianas de generaciones más jóvenes presentan una opinión menos desfavorable hacia el aborto, según se pudo detectar en una encuesta reciente (Ojeda, 2002).

Estos resultados permiten concluir que los abortos atendidos en el hospital del IMSS de Tijuana plantean un panorama en el cual el aborto parece ser, por

un lado, un evento más frecuente entre las edades mayores y en etapas más avanzadas de la reproducción, lo que lo identifica como fenómeno vinculado al término de la reproducción. Esto es independiente del carácter intencional del mismo, ya que el carácter espontáneo o voluntario del aborto es algo imposible de identificar con la información disponible. Por otro lado, los resultados obtenidos sugieren que el aborto también parece estar siendo utilizado para posponer el inicio de la trayectoria reproductiva de las mujeres de las generaciones jóvenes.

El aborto de las mexicanas en San Diego

La práctica voluntaria del aborto entre las mexicanas fronterizas queda demostrada en los casos observados de las residentes bajacalifornianas que, en la primavera y el verano de 1993, cruzaron la frontera con el fin específico de interrumpir de manera voluntaria su embarazo en la clínica Womancare de San Diego. Al respecto, interesa conocer algunas de las características de esta práctica tales como su monto y la temporalidad en que ocurren los eventos a lo largo del curso de vida reproductivo de las mujeres. Asimismo, es importante conocer las percepciones que tienen las mujeres acerca del aborto en lo general, sus motivaciones para abortar y sus estrategias para superar los efectos emocionales durante la fase post-aborto.

¿Cuántas mujeres cruzan para abortar en San Diego?

Responder la pregunta que titula este apartado nos lleva a la necesidad de enfrentar una de las dificultades de contabilizar grupos de población en el espacio de la frontera. El recurso ortodoxo de utilizar el domicilio de las personas para identificar su lugar de residencia es insuficiente y engañoso cuando se trata de la región fronteriza. Entre los habitantes del lado mexicano de la frontera se da la práctica muy arraigada de dar el domicilio de algún conocido que vive en “el otro lado” con el propósito de obtener algún tipo de servicio en Estados Unidos. Puede tratarse de servicios públicos como la escuela, oportunidades comerciales, o bien, algún servicio profesional como el médico, entre otros. Debido a esta socorrida costumbre entre los fronterizos mexicanos se consideró necesario identificar a la población femenina que se atendió en *Womencare* no sólo por el domicilio de su residencia, sino también

según su condición étnico-lingüística. Esta última se identificó a partir del idioma que utilizaron las mujeres para responder el cuestionario que les fue aplicado antes y después de la intervención quirúrgica.

Los datos obtenidos de este modo en los expedientes clínicos de Womancare nos indican que entre 15 y 31 por ciento del total de los casos atendidos de aborto en esa clínica, durante los meses de la primavera y el verano de 1993, correspondieron a mujeres mexicanas. El porcentaje más bajo del rango corresponde al número de mujeres que proporcionaron un domicilio del lado mexicano de la frontera. El porcentaje más alto se obtiene con base en la condición étnico-lingüística de las mujeres. Nótese que este último porcentaje representa casi la tercera parte del total de los casos atendidos por aborto. Es importante tomar en cuenta que se trata de una sola clínica de San Diego a la cual es un tanto difícil tener acceso para las mujeres que cruzan la frontera sin automóvil y sin tener un mínimo de conocimiento del idioma inglés y sobre el sistema público de transporte. Se trata de una clínica que en ese entonces estaba ubicada en el *downtown* o centro de San Diego y para llegar a ella se necesitaba de automóvil o bien del uso de transporte público. En ambos casos es necesario tener un mínimo de familiaridad con el ambiente urbano de San Diego y su zona centro, la cual está aproximadamente a 25 kilómetros de distancia de la línea fronteriza.

Otra consideración necesaria con relación a la importancia del monto de los casos de aborto de residentes mexicanas en San Diego es que en números absolutos estamos hablando de 122 y 253 casos. Nótese que el límite inferior de este rango es más alto que el total de los casos de aborto reportados en la "Encuesta sobre la condición social de la mujer y salud reproductiva en Tijuana, B. C." (199) y el porcentaje superior del rango incluso supera el número total de casos atendidos durante el mismo tiempo en el hospital del IMSS que, como ya se indicó, en ese entonces atendía la mayor parte de la demanda total hospitalaria en el área de ginecología y obstetricia en el sector público de salud en Tijuana.

Perfil demográfico de las mujeres

Como se mencionó antes, la información disponible en los expedientes clínicos presenta información muy limitada acerca de las características de las mujeres que recibieron atención médica de cualquier tipo incluyendo el aborto. La escasa información que se tiene, sin embargo, nos permite detectar algunos

rasgos demográficos básicos, como la edad al momento de abortar, la edad al primer embarazo y el número de hijos nacidos vivos. Al respecto, se presenta el perfil demográfico de las mujeres basado en estas características según el lugar de residencia de las mismas en la frontera. Cabe recordar que los domicilios pueden estar ubicados en cualquiera de los cinco municipios de Baja California que son Tijuana, Tecate, Ensenada, Rosarito y Mexicali del lado mexicano y los condados de San Diego y Riverside en lado estadounidense.

Las mexicanas que cruzan la frontera para abortar son menos jóvenes que las residentes estadounidenses

La revisión de las estructuras por edad de las mujeres que abortaron según su lugar de residencia nos indica que, por lo general, son mujeres jóvenes las que acudieron a practicarse un aborto inducido de manera voluntaria en la clínica Womancare durante los meses de la primavera y el verano de 1993. Se trata de mujeres que en su mayoría eran menores de 30 años de edad. La comparación de las mujeres según su lugar de residencia, sin embargo, nos permite ver que la estructura etaria de las residentes mexicanas es relativamente menos joven que la de las residentes estadounidenses. En el cuadro 2 puede verse que más de la tercera parte de las mujeres de este último grupo tenían menos de 25 años en comparación con 23 por ciento de mujeres mexicanas en estas mismas edades. Nótese también que el número de adolescentes que abortaron es mayor entre las estadounidenses que entre las mexicanas. Dicho de otra manera, 77 por ciento de las mexicanas que cruzaron la frontera para abortar tenían 25 y más años de edad, en comparación con 62 por ciento de mujeres en estas mismas edades entre las residentes del lado estadounidense de la frontera.

El aborto pospone el inicio de la reproducción entre las mujeres de ambos lados de la frontera

La información en la gráfica 3 presenta la distribución porcentual de las mujeres según el número de hijos que tenían al momento de abortar. En lo general, se trata de mujeres sin hijos o con paridas bajas, compuestas principalmente por mujeres con un solo hijo. Esto es válido para las residentes mexicanas y para las estadounidenses. Las mujeres con un solo hijo representan 30 por ciento de los casos en cada grupo. Las diferencias entre las mujeres que abortaron de uno y otro lado de la frontera se dan en las paridas cero y con más de un hijo.

CUADRO 2
CLÍNICA WOMANCARE EN SAN DIEGO, E.U. - 1993. PORCENTAJE
DE ABORTOS INDUCIDOS POR EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA
DE LA MUJER

Edad	Lugar de residencia	
	Baja California, México	San Diego, EU
14-19	6.0	9.0
20-24	17.0	29.0
25-29	45.0	36.0
30 y más	32.0	26.0
Total	100.0	100.0

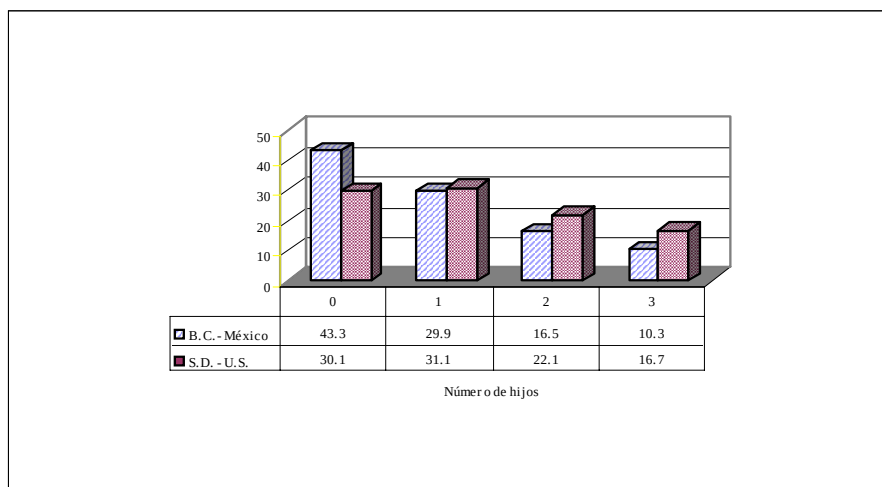
Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.*

En la misma gráfica 3 podemos ver que aproximadamente 42 por ciento de las residentes en México no tenían hijos al momento de abortar, mientras que esta proporción era del 28 por ciento entre las residentes estadounidenses. Por otra parte, el porcentaje de mexicanas que abortaron tiende a ser menor a las paridas mayores de un hijo. Esta tendencia también se da entre las residentes estadounidenses pero en menor escala. Lo anterior sugiere que el aborto inducido de manera voluntaria pudiera estar contribuyendo a posponer el inicio de la descendencia de las mujeres de ambos lados de la frontera.

La joven estructura por edad de las mujeres pudiera explicar en gran parte este comportamiento del aborto a paridas bajas. Pero también podemos suponer que el aborto inducido estaría relacionado con la intención de posponer el inicio de la descendencia y de mantener una paridad baja entre estas mismas mujeres. Con la idea de profundizar en este importante aspecto se presenta la información de la gráfica 4 sobre el porcentaje de mujeres que abortaron según su edad y el número de hijos al momento de la intervención. En la gráfica podemos observar que el predominio de las mujeres sin hijos se mantiene en todos los grupos quinquenales de edad menores de 30 años, lo cual apoya la idea de que el aborto pudiera estar siendo un recurso para posponer el inicio de la reproducción entre las mujeres de ambos lados de la frontera. Podemos ver que, entre las menores de 20 años de edad que abortaron, la totalidad de las residentes de Baja California declararon no tener hijos y casi 60 por ciento de las residentes de San

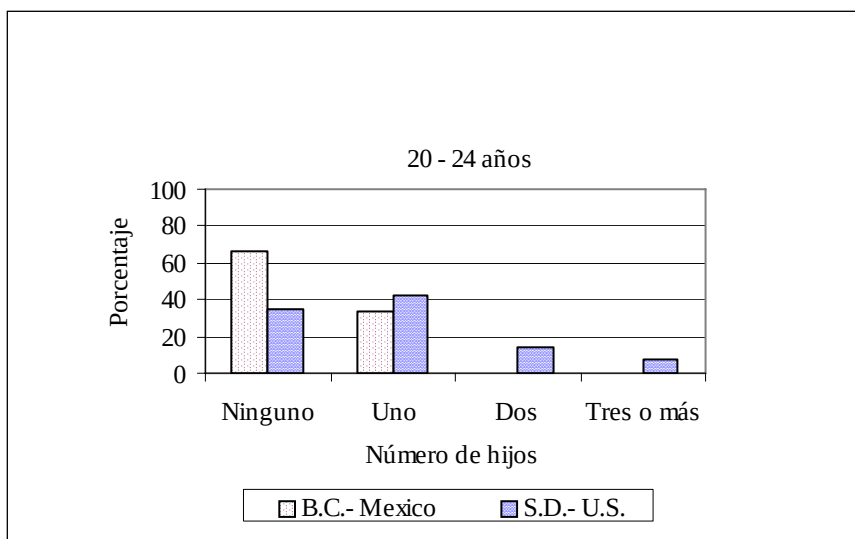
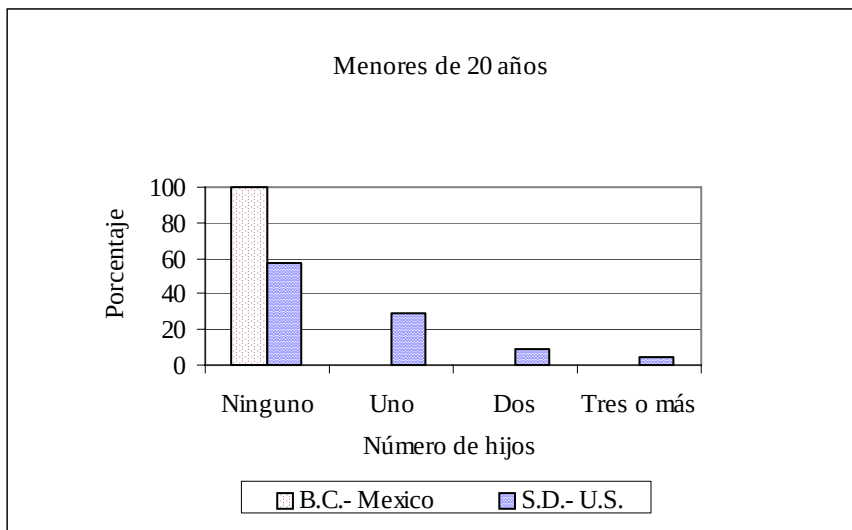
Diego declararon lo mismo. Por su parte, en el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad observamos que poco más de 65 por ciento de las bajacalifornianas declararon no tener hijos y aproximadamente 35 por ciento de las residentes de San Diego. Finalmente, en el grupo de mujeres de 25 a 29 años de edad vemos que aproximadamente la mitad de las residentes mexicanas declararon no tener hijos y casi 30 por ciento de las residentes estadounidenses.

GRÁFICA 3
CLÍNICA WOMANCARE, SAN DIEGO, 1993. ABORTOS INDUCIDOS SEGÚN
EL NÚMERO DE HIJOS Y LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUJER

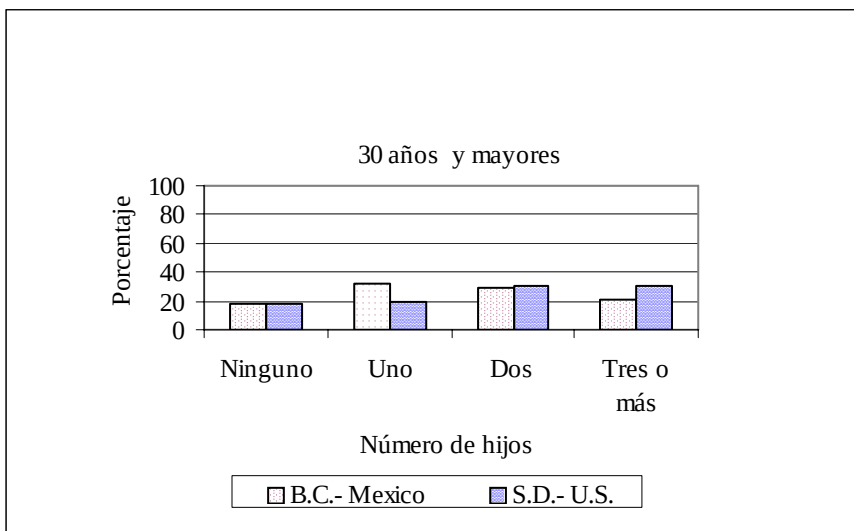
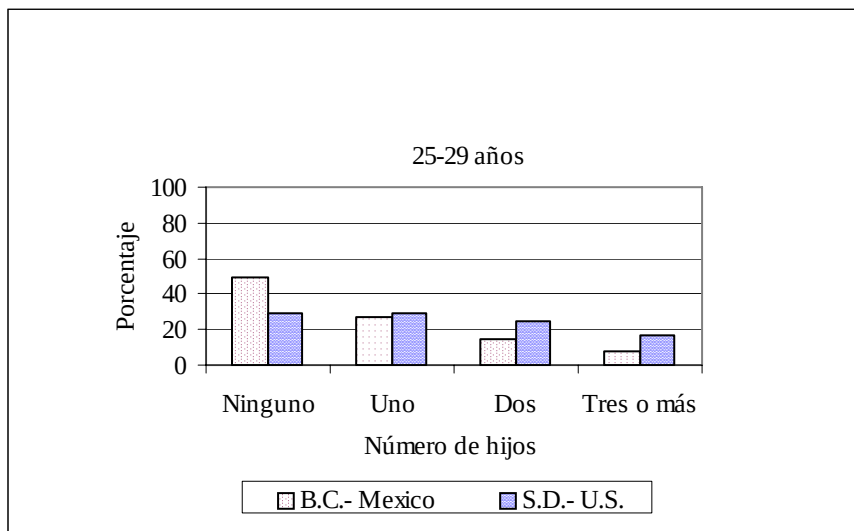


Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.*

GRÁFICA 4
CLÍNICA WOMANCARE, SAN DIEGO, 1993.
ABORTOS INDUCIDOS POR EDAD, NÚMERO DE HIJOS
Y LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUJER



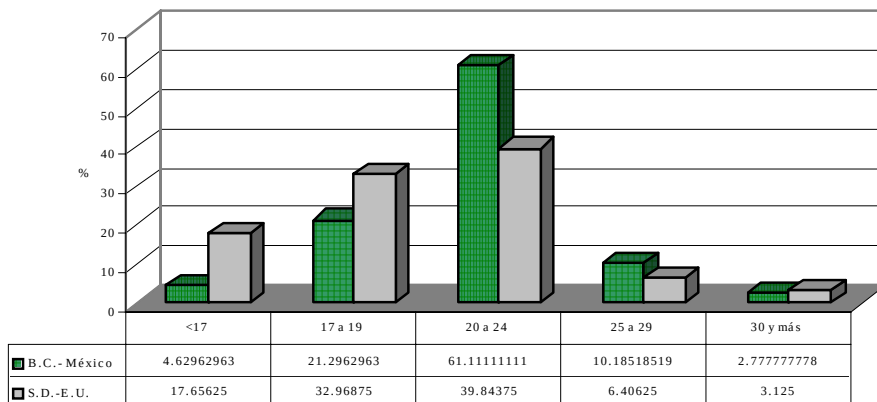
GRÁFICA 4
CLÍNICA WOMANCARE, SAN DIEGO, 1993.
ABORTOS INDUCIDOS POR EDAD, NÚMERO DE HIJOS
Y LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUJER (CONTINUACIÓN)



Las residentes mexicanas tienen su primer embarazo a edades mayores que las residentes estadounidenses

La gráfica 5 presenta la distribución porcentual de los abortos según la edad que tenían las mujeres al primer embarazo para las residentes de ambos lados de la frontera. Esta información indica en lo general una distribución más joven entre las residentes de San Diego que entre las residentes de Baja California. Concretamente, una menor proporción de bajacalifornianas declararon tener su primer embarazo antes de los 20 años de edad (25 por ciento), a diferencia de las mujeres de San Diego, con aproximadamente 48 por ciento de los casos en esta situación. De modo que las residentes estadounidenses que abortan inician más tempranamente su vida sexual y reproductiva que las residentes mexicanas.

GRÁFICA 5
CLÍNICA WOMANCARE SAN DIEGO, 1993. ABORTOS INDUCIDOS SEGÚN
EDAD AL PRIMER EMBARAZO Y LUGAR DE RESIDENCIA



Edad al primer embarazo

Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.*

Por otra parte, es de llamar la atención la concentrada distribución de las mujeres de Baja California en el grupo de 20 a 24 años de edad al primer embarazo, con 60 por ciento del total de los casos. Esto nos indica una población de abortantes comparativamente más madura entre las residentes mexicanas que entre las estadounidenses en términos del inicio de su vida reproductiva.

Esta situación nos hace pensar en dos explicaciones posibles pero muy distintas. Una primera explicación sería la más tardía iniciación de las relaciones sexuales, o bien, el uso mayor o más efectivo de anticonceptivos entre las primeras que entre las segundas. Y otra explicación que se antoja más posible es la existencia de una mayor selectividad, tanto demográfica como social, de las residentes mexicanas que cruzan la frontera para abortar en comparación con su contraparte estadounidense.

Opiniones, sentimientos y motivaciones detrás de la decisión de abortar

Es difícil tener acceso a información acerca de las maneras de pensar sobre el aborto y mucho menos sobre los motivos que tienen las mexicanas para practicarse un aborto inducido de manera voluntaria. Con excepción de algunas pocas encuestas de opinión realizadas sobre el tema de manera aislada y generalmente a escala local o regional, es poca la información con que se cuenta al respecto para grandes agregados de población en el país. En cambio, es rica la información que se deriva de los estudios cualitativos basados en testimonios y entrevistas a profundidad individuales o colectivas para dar cuenta de estos importantes aspectos de esta problemática social y de salud que enfrentan las mujeres en el país. Con el objeto de aproximarnos a este delicado tema, a continuación se presentan algunos de los sentimientos, las opiniones y las motivaciones que reportaron las mujeres acerca del aborto en lo general y, en particular, de su decisión de abortar en esta ocasión. Los resultados provienen de las respuestas de las mujeres a preguntas abiertas que se les hicieron por escrito y en total privacidad antes y después de la intervención quirúrgica respectiva. A continuación se presentan las respuestas obtenidas sobre estos temas, clasificadas en grandes agregados.

Entre las residentes mexicanas predomina la percepción del aborto como solución a un problema

Antes de ser intervenidas se les solicitó a las mujeres que contestaran una serie de preguntas. Una de éstas fue: ¿Qué piensas acerca del aborto? El conjunto de las residentes de ambos lados de la frontera favorecieron con sus respuestas la idea de que “el aborto inducido es una solución a un problema” en 47 por ciento

del total de los casos, y en segundo lugar, la idea de que el aborto “es una alternativa a la que tiene derecho la mujer cuando no puede o no quiere tener al bebé” con 35 por ciento de casos (cuadro 3).

CUADRO 3
WOMANCARE EN SAN DIEGO, 1993. OPINIONES ACERCA DEL ABORTO
INDUCIDO ENTRE MUJERES, SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA

Opiniones	Lugar de residencia		
	Total	B. C.-México	S.D-EU
Derecho a no responder	4.6	2.7	5.0
Algo triste, algo de que sentirse culpable, algo negativo, otros sentimientos similares	13.2	13.0	13.1
Como solución a un problema	47.0	59.3	44.9
Alternativa a la que tiene derecho la mujer, cuando no puede/quiere tener al bebé	35.2	25.0	37.0
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic*, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.

Las percepciones acerca del aborto inducido presentan, sin embargo, interesantes diferencias entre las residentes de Baja California y las de San Diego, que de alguna manera reflejan sus distintas idiosincrasias respecto al *empowerment* o la capacidad de autocontrol que tienen las mujeres de uno y otro grupo en materia de derechos sexuales y reproductivos. Las mexicanas se inclinaron más en percibir al “aborto como una solución a un problema” al ser sostenida esta opinión por casi 60 por ciento de ellas, en comparación con las residentes estadounidenses que sostuvieron esta misma opinión en 45 por ciento de los casos. En cambio, nótese que estas últimas apoyaron en mayor número la idea de que el aborto es “una alternativa a la que la mujer tiene derecho”, con 37 por ciento de los casos *versus* 25 por ciento entre las mexicanas. Asimismo, casi el doble de las residentes en San Diego optaron por su “derecho a no responder” a la pregunta, en comparación con las residentes de Baja California. Por último, es interesante observar que una misma proporción de mujeres en ambos lados de la frontera externaron opiniones negativas acerca del aborto al percibirlo como algo triste o algo que produce sensación de culpa (13 por ciento).

El aborto como respuesta al embarazo no deseado

Los resultados que se presentan en el cuadro 4 nos permiten ver que, al parecer, los embarazos que fueron interrumpidos mediante el aborto por parte de estas mujeres eran en su gran mayoría embarazos no deseados dadas las respuestas que proporcionaron a la pregunta de ¿cómo te sentiste al descubrir tu embarazo? Como podemos ver, prevalecieron las reacciones negativas entre las mujeres de ambos lados de la frontera al enterarse de que estaban embarazadas. La gran mayoría expresaron sentimientos de desconsuelo y angustia al respecto. Solamente una minoría (12.3 por ciento) de ellas expresaron sentimientos positivos con ligeras variaciones entre las residentes mexicanas y las estadounidenses.

CUADRO 4
WOMANCARE EN SAN DIEGO, 1993. SENTIMIENTOS AL SABERSE
EMBARAZADAS POR PARTE DE MUJERES QUE TUVIERON UN ABORTO
INDUCIDO, SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA

Sentimientos	Lugar de residencia		
	Total	BC-México	SD-EU
Lloré, "choqueada", amenazada, loca, enferma, asustada, indecisa, insegura, enojada, molesta, indiferente	47.1	53.2	46
Otros sentimientos negativos	40.6	33.3	42
Sentimientos positivos	12.3	13.5	12
Total	100.0	100	100

Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic*, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.

Son múltiples los motivos para abortar

Los motivos o razones que tuvieron las mujeres para tomar la decisión de interrumpir un embarazo mediante el aborto pueden ser muy variados, tanto como las situaciones y circunstancias de las vidas de las mujeres involucradas. Asimismo, es difícil comprimir en una sola categoría los distintos motivos que una misma mujer pudo haber tenido para llegar a tal decisión. Lejos de pretender

simplificar la problemática, a continuación se presenta una clasificación de tales motivos con el objeto de facilitar el análisis, reconociendo que una misma mujer puede tener más de un motivo para abortar y de muy variada índole. Se considera el motivo o razón que, aparentemente, sobresalió en las respuestas proporcionadas por las mujeres a la pregunta abierta de ¿cuál fue el principal motivo que te llevó a tomar la decisión de abortar? Importa mencionar que esta pregunta se les hizo antes de que se realizara el aborto.

Tomando en cuenta el total de las mujeres, en el cuadro 5 puede verse que los motivos relacionados con el curso de vida y los problemas de salud sobresalen en las respuestas de las mujeres. Aproximadamente 62 por ciento del total de las mujeres plantearon alguna de estas dos razones. El resto de las mujeres se encuentran divididas casi por igual entre aquellas que declararon “no desear más hijos” o por “decisión de pareja”, y aquellas otras que, al parecer, “no contaban con el apoyo o los recursos necesarios para enfrentar la maternidad” por ser ésta su única opción, “no tener el apoyo de la pareja” o “falta de recursos económicos” y “razones de tipo social y cultural”. Asimismo, llama poderosamente la atención que casi un tercio de las mujeres (30.5) hayan planteado tener problemas de salud o haber tenido un aborto anterior como motivo principal para recurrir al aborto. Esta cifra es por demás importante, pues puede indicar un problema de salud asociado al aborto. Al margen de reconocer posibles problemas en la calidad de las respuestas, es posible confiar en la veracidad de esta respuesta en particular debido a que se proporcionó en consulta médica y en combinación con el expediente clínico de la paciente.

Con la excepción de los problemas de salud, la distribución de los motivos para tener un aborto presenta importantes variaciones al comparar a las mujeres según su lugar de residencia en el contexto fronterizo. Las variaciones más notables se dan en la percepción de las mujeres acerca de la etapa de su curso de vida, concretamente acerca del *tempo* de la maternidad por un lado y, por otro, sobre los apoyos necesarios para enfrentar las responsabilidades de la maternidad. Respecto al primer punto, nótese, en el mismo cuadro 5, que un tercio de las mujeres residentes del lado estadounidense de la frontera plantearon como motivos para abortar el “ser demasiado joven para ser mamá, no querer hacerse responsable o no tener el tiempo para cuidar niños”; en tanto que estos mismo motivos fueron planteados por poco menos de la cuarta parte de las residentes de México. Esta situación denota diferencias socioculturales por parte de las mujeres de cada país respecto de las percepciones de éstas sobre el tiempo individual de los eventos a lo largo del curso de vida familiar y su relación con los derechos reproductivos.

CUADRO 5
WOMANCARE EN SAN DIEGO, 1993. MOTIVOS QUE APOYARON LA
DECISIÓN DE PRACTICARSE UN ABORTO INDUCIDO ENTRE MUJERES,
SEGÚN SU LUGAR DE RESIDENCIA

Motivos	Lugar de residencia		
	Total	B.C.-México	S.D.-E.U
No deseo tener más hijos, decisión compartida con la pareja	19.6	15.4	20.4
Única opción, no tengo apoyo de mi pareja, sin pareja, falta de recursos económicos, y otras razones sociales y culturales	18.7	29.8	16.4
Demasiado joven para ser mamá, no quiero hacerme responsable, no tengo tiempo para cuidar niños y otras razones similares	31.4	24.0	32.8
Por tener problemas de salud, tengo experiencia de aborto anterior	30.5	30.8	30.4
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: *Expedientes clínicos de Womancare Clinic*, Planned Parenthood, San Diego-Riverside, primavera-verano, 1993.

Con relación a “la falta de apoyos” como razón para recurrir al aborto, se tiene que casi el doble de las mexicanas aludieron a este tipo razones para abortar que las residentes estadounidenses. Concretamente, 30 por ciento de las residentes de Baja California plantearon “ser ésta su única opción, falta de apoyo por parte de la pareja y de recursos económicos” como los motivos principales para abortar; en tanto que este tipo de respuestas fue dado solamente por 6.4 por ciento de las residentes de San Diego. Por último, es interesante observar que la pareja, al parecer, jugó un papel más activo en la decisión de abortar entre las residentes estadounidenses que entre las mexicanas. De modo que un mayor número de residentes de San Diego que de Baja California plantearon como motivo principal para abortar “no desear tener más hijos” y ser ésta “una decisión compartida con la pareja”.

¿Y después del aborto?: más mexicanas viven solas y en silencio la experiencia postaborto

La etapa postaborto en la vida de las mujeres que recurren al aborto inducido de manera voluntaria es poco conocida en el caso mexicano debido a las dificultades propias de captar información al respecto. Esta tarea también es poco realizada

de manera objetiva debido al amarillismo y frecuente morbo que se maneja alrededor del tema del aborto en el país. A manera de aproximación a esta fase del proceso que experimentan algunas mujeres en su vida reproductiva se presenta la siguiente información obtenida también de los expedientes clínicos de las mujeres.

Los datos del cuadro 6 presentan la distribución porcentual de las respuestas que dieron las mujeres a la pregunta: ¿Qué planes tienes para sobrellevar la experiencia del aborto? Esta pregunta se les hizo después de haberse efectuado el aborto. Al considerar las mujeres en su conjunto, podemos ver que las respuestas más frecuentes fueron “trabajando, descansando, realizando actividades recreativas o de superación personal” con 40 por ciento del total de los casos. El segundo tipo de respuestas más frecuentes, con 30 por ciento, correspondió a los planes de “establecer comunicación con sus seres queridos, tales como amigos, familiares y la pareja, así como concentrándose en sus hijos”. Por último, 6.4 por ciento del total de las mujeres reportó la “intención de buscar ayuda psicológica o religiosa”; mientras que casi una quinta parte de todas las mujeres reportaron “no tener planes, no haber pensado, o bien, no saber que hacer” durante la fase postaborto.

La mayoría de las mujeres en ambos lados de la frontera señalaron tener planes para después del aborto. Estos planes son variados y la distribución de las respuestas en lo general indica una actitud sana y positiva mentalmente, por ponerlo de alguna manera, para enfrentar la experiencia emocional postaborto entre la mayoría de las mujeres en su conjunto. Esta situación, sin embargo, presenta algunas variantes al comparar las mujeres según su lugar de residencia. Variantes que pudiéramos decir son, de alguna manera, reflejo no sólo de preferencias individuales, sino también del distinto estatus social y legal del aborto en la sociedad mexicana y la sociedad estadounidense.

La comparación entre los dos grupos de mujeres indica un menor número de mujeres residentes del lado mexicano de la frontera que recurren a la comunicación con sus seres queridos y definen planes específicos que les ayuden a sobrellevar la experiencia del aborto que las que viven en el lado estadounidense. De modo que, mientras casi 30 por ciento de las residentes de San Diego respondieron que se ayudarían “compartiendo y comunicándose con amigos, familiares o la pareja”, únicamente 15 por ciento de las residentes de Baja California plantearon este tipo de estrategia. Esta situación pudiera explicarse en parte por el estatus de clandestinidad que rodea a la práctica del aborto inducido de manera voluntaria en México, aunque también constituye una paradoja social si

consideramos que un rasgo distintivo de la sociedad mexicana es la solidaridad intrafamiliar, a diferencia de la sociedad estadounidense, que se concibe más orientada hacia el individualismo.

Ahora bien, fueron casi el doble de residentes de Baja California las que respondieron tener planes de “recurrir a la ayuda psicológica o religiosa” en comparación con las residentes de San Diego y Riverside. Al respecto, sospechamos que puede tratarse más de casos de búsqueda de ayuda religiosa que psicológica, conforme a declaraciones que hiciera el arzobispado de Tijuana a la prensa local acerca de un aumento en los casos de confesiones sobre abortos en la iglesia católica. Finalmente, en el mismo cuadro 6 se observa que fueron más las mexicanas que reportaron “no tener planes, no haber pensado o no saber que hacer” para enfrentar la experiencia postparto, con 30 por ciento de casos; a diferencia de 22 por ciento entre las residentes estadounidenses en esta misma situación, lo cual sugiere condiciones menos favorables para enfrentar los efectos emocionales del aborto por ser éste un evento no necesariamente placentero. Estos resultados en su conjunto nos permiten ver que el aborto inducido de manera voluntaria, al parecer, es un evento que un número mayor de mujeres del lado mexicano de la frontera viven solas, en silencio, con poco apoyo por parte de sus seres queridos, y teniendo menos claridad en sus planes para enfrentar los efectos emocionales postaborto.

Conclusión

La fuente de información disponible para Tijuana nos ha permitido observar que el aborto, sin distinguir su condición de espontáneo o voluntario, está vinculado a las fases terminales de la vida reproductiva de las residentes del lado mexicano de la frontera. Los resultados obtenidos de esta misma fuente también sugieren indicios acerca del uso del aborto para posponer el inicio de la reproducción de estas mismas mujeres, y aquí tampoco es posible distinguir si se trata de abortos espontáneos o inducidos de manera voluntaria. Esta incertidumbre, en cambio, es removida de alguna manera a partir de los resultados que se obtienen de la fuente de datos disponible para San Diego, donde la fuente empleada nos permite confirmar la práctica voluntaria del aborto entre las mujeres fronterizas mexicanas que se desplazan a Estados Unidos para abortar en ese país. Asimismo, queda confirmada la vinculación del aborto voluntario con la intención de posponer el inicio de la reproducción entre estas últimas, al ser notable el alto porcentaje de abortos entre las residentes mexicanas que

declararon no tener hijos al momento de abortar. Esto se observa entre las mujeres de distintas edades, pero especialmente entre las menores de 30 años de edad.

También se pudo observar un patrón demográfico del aborto diferente entre las mujeres fronterizas mexicanas y las estadounidenses. El patrón del primer grupo se va a definir por tener una estructura por edad al aborto menos joven, una menor precocidad de las abortantes en la edad a la que tuvieron su primer embarazo y una intensidad mayor del aborto en las paridas cero y uno. Por otra parte, también se observa un perfil distintivo entre las residentes mexicanas acerca de sus opiniones, motivaciones y planes respecto al aborto. Dicho perfil se caracteriza por el predominio de la opinión sobre el aborto como solución a un problema; por plantearse el aborto como respuesta al embarazo no deseado y por identificar múltiples motivos para abortar.

Finalmente, se detectó que el aborto es vivido por más residentes mexicanas en silencio y soledad que entre las residentes estadounidenses; al igual que son más las residentes del lado mexicano de la frontera que tienen menor claridad en sus planes para enfrentar los efectos emocionales durante la fase postaborto. Este último aspecto nos hace pensar que, cruzar la frontera representa para algunas mexicanas un espacio donde es posible elegir el aborto sin tener que correr riesgos legales, de salud e incluso de muerte, pero al parecer eso no les garantiza superar otro tipo de riesgos sociales y culturales por tener que callar y vivir aisladas una experiencia tan importante —como es abortar— en la vida reproductiva de cualquier mujer. Esto se debe a lo difícil que, al parecer, resulta para estas mujeres obviar la condición jurídica de delito y el rechazo cultural del aborto en México.

Bibliografía

BALL, Donald, W., 1967, “An abortion clinic ethnography”, en *Social Problems*, Winter.

BECKER, David *et al.*, 2002, “Knowledge and opinions about abortion law among mexican youth”, en *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, núm. 4.

BENÍTEZ Zenteno, Raúl, 1994, “Una política que respete la conciencia colectiva”, en Adriana Ortiz Ortega, *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, Population Council y Edamex.

CARRILLO, Jorge *et al.*, 1995, *Competitividad, capacitación y movilidad laboral en empresas de autopartes y de televisores en el norte de México*, El Colegio de la Frontera Norte, Mimeo.

CENTER on Policy Initiatives, 1998, *Prosperity and poverty in the new economy: a report on the social and economic status of working people in San Diego Country*.

HANSEN, Ellen, 1999, "The difference a line makes: women's lives in Douglas Arizona and Agua Prieta Sonora", en Loustaunau *et al.*, *Life, death and in-between on the U.S.-Mexico border: así es la vida*.

HERGOZ, Lawrence, A., 1990, *Where north meets south: cities, space, and politics on the U.S.-Mexico border*, Austin University of Texas Press.

LANGER, Ana *et al.*, 1998, "Si, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención pos aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca", en *Population Council*, INOPAL III, Documentos de Trabajo, núm. 11, México.

LEAL, Luisa María, 1994, "Falta de voluntad política para tratar el aborto", en Adriana Ortiz Ortega, *Razones y pasiones en torno al aborto. una contribución al debate*, Population Council y Edamex.

MARTINEZ, Oscar J., 1997, "Border people and their cultural roles: the case of the U.S.-Mexican borderlands", en Paul Ganster *et al.*, *Borders and border regions in Europe and North America*, Institute for Regional Studies of the Californias, San Diego State University Press.

MONK, Janice *et al.*, 1999, *Working papers on gender, reproductive health and transborder context. The transborder consortium for research and action on gender and reproductive health at the Mexico-U.S. Border*, El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Sonora and The Southwest Institute for Research on Women, (mimeo.).

NÚÑEZ, Leopoldo y Yolanda Palma, 1990, "El aborto en México problema social y de salud pública", en *Demos Carta Demográfica Sobre México*, núm. 3.

OJEDA, Norma, 1994, "Familias transfronterizas en Tijuana: migración y trabajo internacional", en Norma Ojeda y Silvia López, *Familias transfronterizas en Tijuana-San Diego: dos estudios complementarios*, El Colegio de la Frontera Norte.

OJEDA, Norma, 1997, "Algunas contradicciones en el perfil sociodemográfico de las mujeres en la frontera norte de México", en *Cuadernos de Trabajo*, núm. DTS 2, El Colegio de la Frontera Norte, México.

OJEDA, Norma, 2003, *¿Qué piensan las mujeres en Baja California acerca de la planificación familiar y el aborto? hallazgos de una encuesta*, El Colegio de la Frontera Norte, México.

OJEDA, Norma y Silvia López, 1994, *Familias transfronterizas en Tijuana-San Diego: dos estudios complementarios*, El Colegio de la Frontera Norte, México.

ORTIZ Ortega, Adriana, 1994, *Razones y pasiones en torno al aborto. una contribución al debate*, Population Council y Edamex.

PICK, James, B. *et al.*, 2000, "Binationality in the U.S.-Mexican border twin cities", en *Executive summary final report to the Ford Foundation*, University of Redlands, California, (mimeo.).

PONIATOWSKA, Elena, 2000, *Las mil y una heridas de Paulina*, Ed. Plaza Janés, México.

POPULATION Council, 1998, "Avances y retos en la investigación operativa de la atención postaborto", en *Conferencia Global, Memorias*, 19-21 de enero, (mimeografía). Nueva York.

POPULATION Council y Grupo IDM, 2001, *¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública*, Population Council, México.

RODRÍGUEZ, Gabriela, 2000, "El aborto encuesta en Guanajuato", en *Demos Carta Demográfica Sobre México*, núm. 13.

SENTÍES, Yolanda, 1994, *El aborto dentro de la política de salud materno-infantil*.

STANLEY K. Henshaw *et al.*, 1999, "La incidencia del aborto inducido a nivel mundial", en *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial.

STERN, Claudio, 1995, "Embrazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales", en *Demos. Carta demográfica sobre México*, Imprenta Madero, México.

STRICKLER, Jennifer *et al.*, 2001, "El aborto clandestino en América Latina: perfil de una clínica", en *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial.

THE SOCIAL Science Research Laboratory, 2001, "Survey of California Latina attitudes regarding family planning issues", *Research report to planned parenthood affiliates of California*, San Diego State University, (mimeo.).

THE ALAN Guttmacher Institute, 1996, *Issues in brief: an overview of clandestine abortion in Latin America*, en <http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.html>.

TRIBE, Laurence, H., 1990, *Abortion the clash of absolutes*, ed. Norton and Company.

WELTI, Carlos, 1993, "El impacto demográfico del aborto se estima en una quinta parte de la fecundidad total", en *Demos Carta Demográfica Sobre México*, núm. 6.