LETRAS

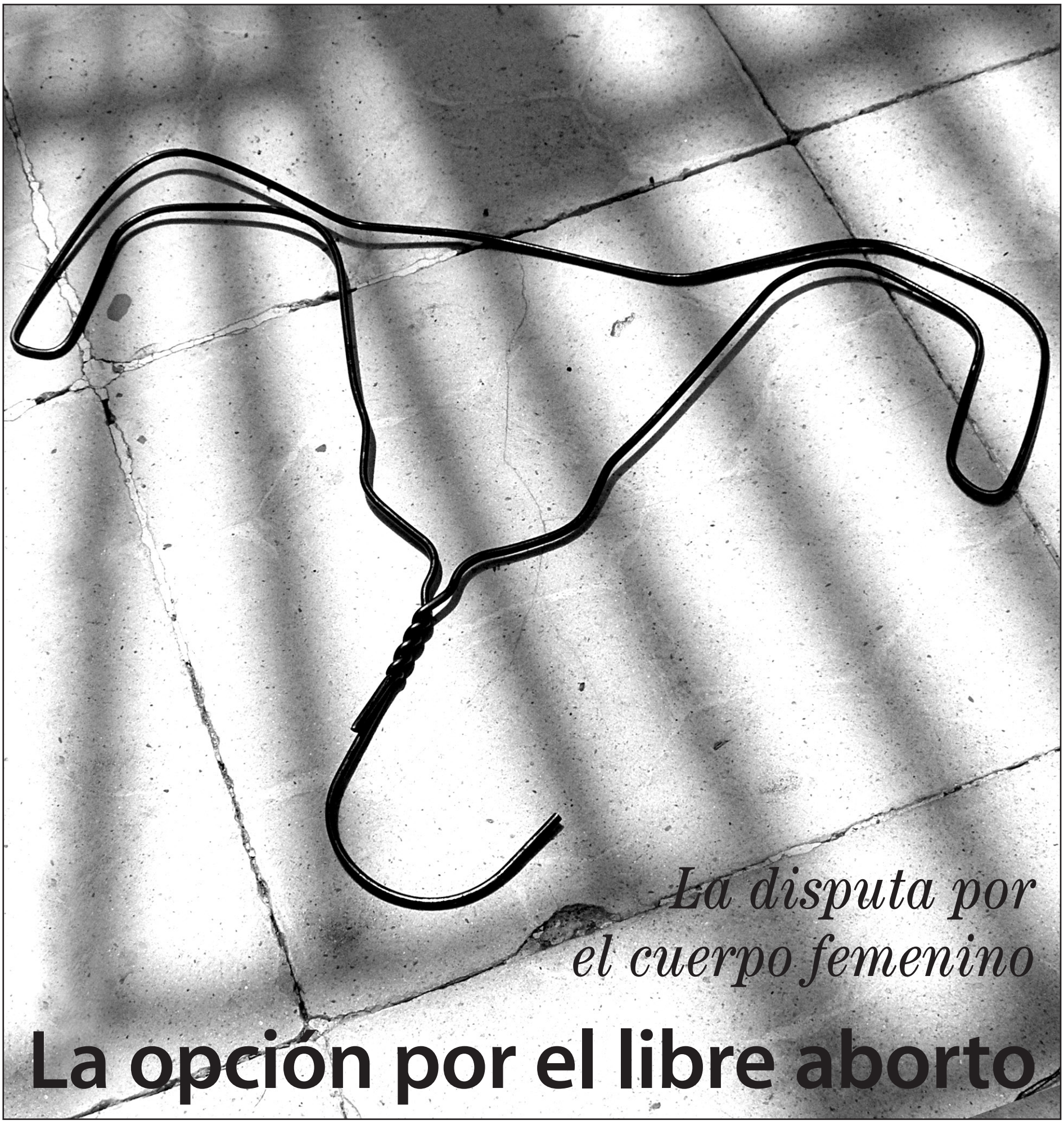
SUPLEMENTO MENSUAL

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA

DIRECTORA GENERAL **CARMEN LIRA SAADE**

NÚMERO 129 **abril 12, 2007**

DIRECTOR FUNDADOR **CARLOS PAYAN VELVER**



La disputa por el cuerpo femenino

La opción por el libre aborto

La identidad sexual

¿Qué soy? ¿Qué me gusta?

Calidad de vida

Charlatanería y VIH

Cómo reconocer un fraude

www.notiese.org
NotieSe, la agencia que tiene la información que buscas:
Sexualidad, salud reproductiva, sida, derechos sexuales.

Agencia especializada de noticias
NotieSe
SALUD, SEXUALIDAD Y SIDA

EDITORIAL

En la polémica actual en torno al aborto, las feministas han logrado cambiar los términos del debate. En primer lugar, han establecido que nadie está a favor del aborto, y que lo deseable es acabar con esa práctica. La discrepancia reside entonces en la manera de enfrentar ese problema. Mientras las voces conservadoras se aferran al dogma y apuestan por conservar la penalización, las voces progresistas sostienen que esa ley no sólo es ineficaz sino que ha terminado por agravar un problema que rebasa las consideraciones morales para convertirse en un grave problema de salud pública.

Abogar por despenalizar el aborto no significa estar a favor de esa práctica, sino reconocer que la punición como medida disuasiva resulta no sólo inoperante sino hasta injusta. La ilegalidad de esa práctica no ha logrado disminuir el número de abortos ni ha servido, como imaginan las mentes conservadoras, de barrera de contención a las "abortistas". Lo único que ha fomentado es la práctica clandestina de abortos en condiciones riesgosas para la salud y la vida de las mujeres.

Legalizar la interrupción de embarazos no incrementa la recurrencia a esa medida, eso está demostrado en los países que han dado ese paso. Ni tampoco lo adoptan las mujeres como método de control natal. Esas suposiciones son sólo prejuicios misóginos. Penalizar el aborto sólo se ha revelado como una medida que sirve para tranquilizar a las "buenas conciencias" en prejuicio de las mujeres más desamparadas y vulnerables.

La recurrencia al aborto lo único que demuestra es que las mujeres están decididas a regular su fertilidad, eso es un hecho y un derecho plasmado en la Constitución. A las instituciones del Estado lo único que les toca hacer es garantizar que ese derecho se ejerza sin cortapisas y en las mejores condiciones posibles.

En ese sentido, los términos del debate ya no están dados por el estar a favor o en contra del aborto, sino por el estar a favor o en contra de respetar lo que las mujeres decidan.

Número 129, abril 12, 2007

LETRA S
SALUD • SEXUALIDAD • SIDA

Director Alejandro Brito
Editor Fernando Mino
Coordinador de información Antonio Medina
Consejo Técnico Carlos Bonfil, Manuel Figueroa, Antonio Contreras, Arturo Díaz
Diseño original Leonel Sagahón
Formación, diseño e ilustraciones La Máquina del Tiempo
Retoque digital Alejandro Pavón Hernández
Publicidad Alejandro Becerra, Liliana Arteaga
Consejo Editorial Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Max Mejía, Arturo Vázquez Barrón, Jorge Huerdo+, Sandra Peniche, Estela Guzmán, Gonzalo Aburto, Dr. Aarón Rangel+, Lilia Rubio

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, Desarrollo de Medios, S.A. de C.V. Av. Cuauhtémoc No. 1236, Col.Santa Cruz Atoyac, C.P. 03310, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título No. 9169, Certificado de Licitud de Contenido No. 6418, Reserva al Título en Derechos de Autor No. 3389/95 y Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2003-052712375000-107 del 27 de mayo de 2003. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Cuitláhuac No. 3353, Col. Ampliación Cosmopolita, Azcapotzalco, México, D.F.
Canarias No. 45, Col. San Simón Ticumac, 03660, México, D.F.
Tels./Fax: 5532-2751 y 5672-7096. **letraese@letraese.org.mx**
http://www.letraese.org.mx/

Foto: José Antonio López

Ceremonia cívica en Iztapalapa, al centro, los convivientes Antonio Medina y Jorge Cerpa. Detrás, sentados (de izquierda derecha), la dramaturga Sabina Berman, el delegado Horacio Martínez y el *ombudsman* Emilio Álvarez Icaza.

Primeras sociedades de convivencia en el DF

■ **NotieSe** El 16 de marzo pasado entró en vigor la Ley de Sociedades de Convivencia y desde la mañana de ese día se sucedieron las primeras uniones. El dramaturgo Emilio Carballido y su pareja durante los últimos 20 años, Héctor Herrera, acudieron a las oficinas de la delegación Benito Juárez para dar cauce al trámite que finalmente se desahogó en una ceremonia cívica el 28 de marzo. El delegado panista Germán de la Garza señaló en entrevista que su obligación es "cumplir la ley, con calidad y calidez humana." En la delegación Cuauhtémoc, los jóvenes Ángel Castañeda y Abraham Landeta legalizaron su relación con la presencia del delegado José Luis Muñoz Soria como testigo. Actos similares se llevaron a cabo en las demarcaciones Venustiano Carranza, Magdalena Contreras y Azcapotzalco.

En medio de un acto cívico y festivo organizado por la delegación Iztapalapa —que contó con una amplia cobertura de medios nacionales y extranjeros— se registró la unión entre Antonio Medina Trejo, coordinador de *Letra S* y uno de los activistas impulsores de la nueva ley, y el economista Jorge Cerpa. Fungieron como testigos la dramaturga Sabina Berman y el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Emilio Álvarez Icaza, y estuvieron presentes activistas y políticos como el diputado local Victor Hugo Círigo, el jefe delegacional Horacio Martínez y el senador René Arce.

Propondrán en ALDF castigar asesinatos de odio

■ **NotieSe** Con el fin de tipificar penalmente los crímenes de odio, Ricardo García Hernández, Diputado del Partido del Trabajo (PT), presentó en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal una iniciativa de ley para reformar los artículos 125 y 139, y para que se adicione un artículo 125 bis al Código Penal del DF. Los artículos 125 y 139 norman la aplicación de la ley en caso de que una persona mate a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubino, etc., ya sea de manera culposa o gravosa; ahí se agregará la categoría "conviviente," nueva figura jurídica establecida por la Ley de Sociedades de Convivencia. El artículo 125 bis establecerá penas de 10 a 30 años de prisión a quien asesine motivado por el sexo, la edad, la preferencia sexual, la identidad genérica, la pertenencia étnica o nacionalidad o la religión de la víctima. En entrevista con NotieSe, García Hernández dijo que se busca "proporcionar a los ciudadanos mejores garantías jurídicas."

Necesario modificar **ley del ISSFAM: experto**

■ **NotieSe** El abogado Pedro Morales Aché, especialista en legislación en torno al VIH/sida, propuso modificar el artículo 226 de la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), tras considerar que no hace referencia a un estado de salud cierto y determinado que realmente impida a los militares seguir en las filas castrenses. Dijo que es necesario sustituir los motivos de inutilidad previstos en la ley por una causa genérica de baja que opere cuando los militares realmente estén impedidos para continuar cumpliendo con sus labores. En el marco de la Reunión Técnica Internacional sobre estado del Arte en Prevención de la Transmisión Sexual del VIH, el especialista, quien defendió los casos de los militares con VIH amparados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, responsabilizó a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de haber "avalado" los procedimientos de baja y de hacer caso omiso a las quejas presentadas en torno al desabasto de medicamentos antirretrovirales.

Presentan guías de **derechos humanos y VIH/sida**

■ **NotieSe** Activistas y especialistas en Derechos Humanos y VIH/sida presentaron un conjunto de cinco Guías para defensores de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida. Los materiales fueron editados por *Letra S*. En palabras del abogado Pedro Morales Aché —autor de una de las Guías—, es importante que estos materiales lleguen a manos de académicos, periodistas, abogados, personas seropositivas, políticos y activistas, "pues invitan a que la ciudadanía se apropie de los derechos humanos." En el acto participaron los autores de las Guías: Morales Aché, la activista Laura Hernández, Ricardo Hernández, de la CNDH, y el periodista Alejandro Brito.

Instant**áneas**

■ **La medicación antirretroviral** en mujeres con VIH embarazadas no suele aumentar el riesgo de que el producto desarrolle defectos congénitos; no obstante algunas malformaciones genitales fueron más frecuentes en bebés varones hijos de mujeres con VIH que tomaron medicamentos durante el primer trimestre, reveló una investigación publicada en el *Journal of Acquired Immune Deficiency Síndromes*. ■ **Un grupo de estudio** ha encontrado que la deficiencia de vitaminas y minerales en pacientes con VIH, común antes del uso de terapias antirretrovirales, se ha reducido con la medicación; estas deficiencias tienen efectos negativos en la cuenta de linfocitos CD4 y de carga viral. ■ **Especialistas de 25 países** se reunieron en la ciudad indonesia de Yogyakarta para discutir sobre instrumentos legales de derechos humanos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas; el resultado ha sido la redacción de los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género, que pueden consultarse en la página electrónica www.yogyakartaprinciples.org ■ **La farmacéutica india** Strides Arcolab recibió aprobación provisional de la Federal Drug Administration, de Estados Unidos, para fabricar una versión del antirretroviral efavirenz; la FDA reconoce que el genérico cubre los estándares de calidad, pero desautoriza su venta en los países donde aplica la legislación de patentes, que en este caso pertenece al laboratorio Bristol-Myers Squibb. ■ **La farmacéutica** GlaxoSmithKline anunció que ya busca la autorización de la FDA para su vacuna experimental Cervarix, para el virus del papiloma humano; la vacuna ha mostrado efectividad de 100 por ciento en la prevención de la infección por VPH 16 y 18.

SONDEO

Médicos y aborto

Estaría dispuesto a practicar abortos legales

SÍ 55%

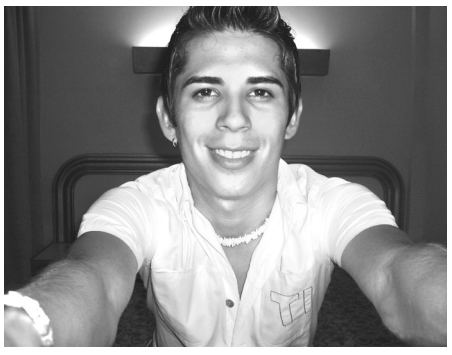
45% NO

Fuente: "Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional", aplicada entre 720 médicos de instituciones públicas de salud de todo el país. Realizada por investigadoras del Population Council, 2002.

letraese@letraese.org.mx
Tu opinión nos importa.
Escríbenos a esta dirección electrónica o a Canarias No.45, col. San Simón Ticumac, C.P. 03660

VIHvencias

Para salir adelante hay que estar de pie



■ **Mario Alberto Reyes** Comer pizza, ir de compras a algún *mall* y escuchar *pop* en inglés, son los pasatiempos favoritos de Sergio, quien tiene 23 años de edad y estudia la preparatoria. Su cantante favorita es Cher, la admira tanto, que incluso hace dos años se trasladó al Distrito Federal para estar presente en uno de los conciertos que la *diva* estadounidense ofreció en el Palacio de los Deportes.

Originario de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, donde siempre ha vivido, Sergio fue notificado de su seropositividad en agosto pasado. La noticia lo devastó de inicio. Sin embargo, sus planes de vida no se modificaron, al contrario, ahora prepara una serie de proyectos dirigidos a jóvenes en los que la prevención del VIH/sida es uno de los elementos fundamentales.

"Fue en el Hospital Metropolitano de Monterrey donde me confirmaron que tenía VIH, pensé que moriría pronto. Esa fue la segunda vez que la vida me puso ante una prueba difícil. La primera ocurrió cuando mi ex pareja, de apenas 18 años, se suicidó. Quedé muy afectado pero aprendí a valorar la vida a pesar de los problemas que se nos presentan.

"Hace tiempo mantuve una relación con una persona con quien inicialmente sí me protegía. Él no era monógamo y yo lo sabía. Aún así, un día me pidió no usar más el condón y yo acepté. Creo que ahí fue donde adquirí el virus. Ahora lamento no haberme protegido siempre.

"Desde antes de practicarme el examen sabía que algo no estaba bien, pero no acudía al médico por temor al resultado. La prueba me la hice ante la insistencia del chavo con quien convivo. Hasta ahorita él es seronegativo. Estamos juntos no necesariamente por sexo o amor, sino por un fuerte afecto.

"De mi familia, hasta hace poco sólo mi mamá estaba enterada, se puso muy mal cuando se lo dije, pero nunca me rechazó. Creo que no pasará mucho tiempo para que se enteren los demás por mi propia boca, aunque ya lo saben. Una tarde, olvidé mis recetas sobre la mesa y las leyeron. No habrá un momento especial para decírselos, simplemente ocurrirá cuando estemos todos en casa. Estoy seguro que me apoyarán.

"Mi madre supo de mi homosexualidad cuando yo tenía 16 años. Fue un momento duro. Ella esperaba otra cosa. Tengo dos hermanas y también lo saben pero nunca me han reclamado. Cuando era niño experimenté actos de homofobia. Recordar es doloroso. La gente sigue siendo ignorante y tiende a humillar a quienes son afeminados. Me decían marica. Ya no me duele, ahora para mí esos comentarios carecen de importancia.

"La noticia del VIH no cambiará mi proyecto de vida. Quiero terminar la prepa e ingresar a la Escuela Normal para ser maestro de inglés en alguna secundaria. Aunque en la organización Oasis me brindan todo el apoyo, no quiero convertirme en activista. Mucha gente no los quiere.

"Ahora deseo fortalecer mi proyecto en Internet llamado Gente Positiva Vive y Deja Vivir, el cual está enfocado a informar a los jóvenes acerca de los riesgos que conlleva la práctica de relaciones sexuales sin condón. Es un foro en el que se publican artículos de interés sobre sexualidad y VIH.

"Además, estoy escribiendo un libro en el que narro los últimos 11 años de mi vida, se titula *En un abrir y cerrar de ojos*. Me decidí a compartir mi experiencia porque estoy convencido de que no hay necesidad de ponerse a llorar todos los días, pues para salir adelante, siempre hay que estar de pie".

Alharaca

Vadinho

Tiro al blanco

I. El arte de tapar el sol con el dedo del oscurantismo (la quemada no importa)
"Evidentemente no son familia. La familia nace de la unión de un hombre y una mujer. (…) Entonces no es necesaria una ley de esta naturaleza."
Emilio González Márquez, gobernador panista de Jalisco, al asegurar que en su estado no se aprobará una ley de sociedades de convivencia (*La Jornada*, nota de Juan Carlos Partida, marzo 5 de 2007).

"La familia es única: la familia natural. Pero no nos confundamos, porque si no entonces iríamos creando familias de todos los seres vivos que se nos pudieran ocurrir (…) una persona con su mascota, pues tendría que tipificarse como una familia."
Fernando Urbiola Ledesma, diputado local panista de Querétaro (*La Jornada*, nota de Mariana Chávez, 28 de marzo de 2007).

II. El arte de no mirar a las muertas por la cruzada anti aborto
"Cuando se permite el aborto haciendo creer a las mujeres que éste les garantiza el derecho a decidir sobre su cuerpo, se manipula una realidad sagrada (…) ¿Qué se resuelve con la permisividad en el tema del aborto? Absolutamente nada. Pretender acabar con nuestros principios éticos y morales que con mucho esfuerzo nos heredaron las generaciones pasadas, no es más que una propuesta mediática."
Documento "Análisis del aborto" de Carlos María Abascal, secretario general adjunto del PAN (*Reforma*, nota Jorge Pérez, 18 de marzo de 2007).

III. El arte de la transfiguración (la fobia al condón exhibe a la derecha de clóset)
"(...) La Semana Santa no es para ese fin (...) Voy a dar la indicación de que se detenga a la persona que entregue los condones, porque no queremos alentar a la gente y provocar desorden."
Guadalupe González, alcalde priista de Ciudad Madero, Tamaulipas, sobre la campaña del Instituto Tamaulipeco de la Juventud que pretendía repartir condones en las playas de la entidad durante las vacaciones (*Reforma*, nota de Julián Hernández, 16 de marzo de 2007).

El VIH/sida en televisión, entre la responsabilidad y la audiencia

Por **Alejandro Brito**

Ante situaciones de emergencia en que nos colocan terremotos, epidemias o alguna otra situación catastrófica, los medios de comunicación juegan un papel de primera importancia. A través de ellos, la población recibe la información indispensable para proteger su vida o su salud. Por lo mismo, resulta irresponsable cuando un medio desconoce esta función y en su lugar antepone intereses comerciales o de *rating*.

Recientemente se ha brindado cobertura mediática a quienes se autodenominan "disidentes del sida" (porque cuestionan la existencia misma del VIH o que éste sea el causante del sida). Se trata de un viejo cuestionamiento (que no ha aportado nada al entendimiento y control de la pandemia), desempolvado para provocar polémica y elevar los niveles de audiencia. De otro modo no se explica cómo un periodista tan experimentado como Ricardo Rocha, luego de dar cobertura durante años a lo que él llama ahora "la tesis oficial del sida", decide repentinamente presentar como novedoso y contestatario algo tan desprestigiado y superado como la negación de la existencia del VIH. Si se tratara de un periodista novel se diría que está pagando su novatada.

Exigir en un programa que se muestre la fotografía del virus como prueba de su existencia y no exigir al mismo tiempo pruebas a quienes afirman campechanamente que "el sida es una enfermedad tóxica y nutricional, y no tiene nada que ver con el sexo y no es una enfermedad infecciosa, ni se transmite", resulta sumamente tendencioso. ¿Qué pruebas presentó el médico Roberto Giraldo? ¿Dónde están los estudios, los protocolos de investigación que prueben su dicho? ¿Dónde están las evidencias científicas que sostengan que al sida se le puede tratar "estimulando todos los órganos y sistemas" del cuerpo?

Los estudios sobre el sida y el VIH abundan en la literatura científica y muchos están disponibles en Internet; no pasa lo mismo con la tesis "disidente". Por esta falta de pruebas, más que "disidentes" a los negadores de la existencia del VIH se les conoce como "negacionistas".

También niegan la eficacia de los antirretrovirales. Los especialistas invitados a *Reporte 13* lo dijeron textualmente: "El sida son exactamente eso: 29, 30 enfermedades que deben ser tratadas cuando aparecen, no con antirretrovirales, si están asociadas a una prueba de VIH positiva, ¿estamos?" Tratar al sida como propuso el doctor Roberto Stock es lo que se hacía ¡quince años atrás!, antes del desarrollo de los tratamientos antirretrovirales y la gente, después de una recuperación momentánea, de todos modos fallecía. Hoy, a partir del desarrollo de las terapias antirretrovirales, las tasas de mortalidad y la recurrencia de enfermedades asociadas al VIH han disminuido notablemente. Los reportes de estudios clínicos al respecto abundan y están disponibles.

Mal informar sobre el sida, ignorar las evidencias científicas y perder la objetividad en aras de la polémica es exponer la salud y la vida de las personas afectadas. Otro cantar es el tema de los intereses de las compañías farmacéuticas, que da, éste sí, para varias investigaciones periodísticas.

Agradecemos el apoyo brindado al proyecto Letra S por:
La Fundación John D. and Catherine T. MacArthur

Agradecemos el apoyo brindado por:
Levi Strauss Foundation
al proyecto Letra S.

La identidad sexual ¿Quién soy?, ¿

La identidad es autoconocimiento. ¿Quién soy? es una pregunta siempre inacabada, cuya respuesta se enriquece con lo que vivimos y deseamos. En este texto, la autora explora algunas propuestas psicoanalíticas sobre cómo se construye la identidad sexual: la forma en que nos definimos a partir de lo que nos provoca placer sexual.

Por **Rosa Ma. González J.** *

Una buena forma de hacer consciente la identidad es preguntarse ¿quién soy yo? En última instancia, la identidad subjetiva es la construcción de una historia que me cuentan o me cuento a mí misma (por lo mismo ilusoria).

La identidad de género dista de ser algo permanente y acabado, como lo postula la psicología. Las representaciones identificatorias "emergen" ante la presencia de lo ajeno. En México no me vivo como mexicana; viajando al extranjero, entre menos referentes culturales propios encuentre (lengua, costumbres, etc.) más presente puede estar lo que considero mi identidad nacional.

La pregunta por la identidad sexual —estar consciente de que poseo un cuerpo con ciertas características físicas— se juega dentro de las certezas. El transexual tiene la certeza de que posee un cuerpo de hombre que no le satisface, por eso decide cambiarlo. La pregunta por la identidad de género —saber qué significa ser mujer/hombre— es una interrogante que dirijo a los demás, en especial en circunstancias en que siento amenazada la ilusión de mismidad, o bien cuando me confronto con lo diferente.

Algunos ejemplos de cómo se puede vivir como una amenaza la ilusión de mismidad es cuando se presentan cambios importantes en el cuerpo (pubertad, embarazo, vejez), en la que se buscan referentes externos desde dónde resignificarse.

Pero, ¿qué sentido puede tener hablar de una identidad hetero u homosexual? Las prácticas sexuales, cualquiera que sean éstas, no estructuran psiquicamente en la medida que no alteran el pensamiento/sentimiento de mismidad y otredad (no me confundo con los otros o las otras), ni la certeza de que mi cuerpo (sexuado) me pertenece. Las prácticas sexuales condicionan lo que pienso y hago eróticamente, como me perciben los demás, pero no son un factor de estructuración psíquica.

Pero la hegemonía de las prácticas heteroeróticas, evidentemente el pensarme como homo o heterosexual, o modificar mis prácticas eróticas de hetero a homoeróticas, o viceversa, tiene consecuencias importantes tanto acerca del concepto que tengo de mí misma, como en mi vida cotidiana.

Las prácticas homoeróticas son uno de los caminos posibles del erotismo, tan válidas y valiosas como las heteroeróticas. Quién me gusta y con qué disfruto sexualmente, suponiendo sin conceder una esencia humana, no me hacen pertenecer a otra especie.

La identidad colectiva: ¿Quiénes somos?

Señalaba que la construcción que hago de mi identidad proviene también de la práctica social. Los discursos que me permiten reconocerme como homosexual o heterosexual provienen de muchas fuentes. En el caso del homoerotismo, Michel Foucault plantea que a finales del siglo XVIII había actos homosexuales. La idea de identidad homosexual, como esencia humana determinada a partir de prácticas homoeróticas, aparece en el pensamiento moderno cuando los estados penalizaron la homosexualidad y los médicos la patologizaron.[1] Algo identificado con una práctica, se empieza a personalizar.

En los siglos XIX y XX los discursos en torno a las prácticas homoeróticas se refieren a una forma de ser de las personas, y no a una forma de amar, que provienen principalmente de las instituciones encargadas de "curarlas" o castigarlas. Para responder qué es un homosexual se tejieron infinidad de discursos, con pretensiones de cientificidad o moralidad, que la población fue haciendo suyos.

Sólo algunas voces disidentes intentaron presentar una visión diferente del homoerotismo; interpretaciones no siempre afortunadas, ya que los paradigmas desde los que lo intentaron hicieron predominar las concepciones esencialistas (lo homoerótico como algo inherente al ser y no al hacer).[2]

Muchas de las personas que se reconocían deseos o prácticas homoeróticas lo vivieron con temor y/o culpa, ya que los discursos en su entorno ofrecían una concepción patologizada del homoerotismo. Será hasta los años setenta cuando un grupo de hombres y mujeres que se reconocen con prácticas homoeróticas decide organizarse políticamente y reinventa un discurso que dé cuenta de sí mismo.

La conformación de estos colectivos surge como respuesta contracultural al intento de homogenizar un discurso occidental normativo que los excluye. Es una forma de afirmar (y hacer visibles) diferencias en cuanto a comportamientos, deseos y prácticas consideradas deficitarias o anormales, en donde el modelo a seguir se define a partir del hombre joven, heterosexual, blanco, que habita en la ciudad.

Estos colectivos van construyendo un nuevo discurso de sí mismos que se contrapone a los discursos moralistas que las instituciones sociales (científicas, religiosas, políticas) habían determinado para identificarlos hasta entonces, y que la mayoría de la población había hecho suyos.

En el proceso de construcción de una identidad colectiva (nosotros/as somos), necesaria para afirmarse como diferentes (lo que nos hace particulares), en el caso de las prácticas homoeróticas, los otros son los heterosexuales. El plantear las prácticas homoeróticas en términos de identidad homosexual (como opuesta y excluyente de la heterosexual) está presente el riesgo de la generalización (todos somos así). Y cualquier intento de generalizar resulta reduccionista; decir que feministas, gays o indígenas somos de tal o cual forma, refuerza los estereotipos y limita la diversidad.

Por ejemplo, en los grupos gays la identificación se da a partir de reconocer que se comparte un deseo homoerótico; en lo demás, la diversidad de formas de vivirlo y actuarlo es patente. En este sentido, el proceso de identificación colectiva, necesaria para afirmarse y reconocerse, conlleva la limitante de caer en estereotipos, fuente directa de prejuicios y chauvinismos, no sólo de quienes viven al margen de la colectividad, sino también de aquellas personas que la integran.

El problema no se resuelve con hablar en

No se vale cargar miedos

Cuenta **Conmigo**

Por **Lina Pérez Cerqueda**

La primera vez que estuve con una chava, no me cuidé. Después vino la ansiedad y el temor, la culpa de por qué no lo hice. A partir de asistir al grupo Cuenta Conmigo, aprendí que nada vale para cargar con los sentimientos de miedo…

La investigadora Marcela Lagarde nos dice que en culturas como la nuestra, cuya regla dominante es la heterosexualidad exclusiva y excluyente de otras formas de sexualidad, no se admite la coexistencia de la homosexualidad.

"La relación amorosa y erótica entre mujeres, culturalmente es tomada como una trasgresión, un rechazo al erotismo con los hombres, pues el heteroerotismo de las mujeres es un espacio de adoración a los hombres y de dependencia vital y sujeción de las mujeres" (*Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas,* UNAM, 2001).

Hombres y mujeres hemos aprendido que las mujeres se deben al cuidado de los otros y esto se refleja en la atención a su salud física y emocional.

Entre las chavas lesbianas se ve con incredulidad que la penetración de los dedos o el sexo oral pueda representar riesgo de infecciones. Pero más que de la práctica, el mayor o el menor riesgo depende del auto cuidado de cada persona.

El bajo riesgo de transmisión del VIH/sida por relaciones sexuales desprotegidas entre mujeres ha favorecido que no se preste atención a otras infecciones de transmisión sexual y a las maneras de prevenirlas.

El virus del papiloma humano (VPH) se transmite también en mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Una investigación de la Universidad de Washington, publicada por el *American Journal of Public Health*, encontró que el virus es detectable en lesbianas, incluidas aquellas que no tienen una historia previa de relaciones sexuales con hombres. De acuerdo con otras investigaciones, el sexo oral, la masturbación mutua, compartir objetos como juguetes sexuales son las prácticas más comunes entre las mujeres. Todas ellas pueden ser fuentes de transmisión del VPH.

El grupo me ha ayudado mucho, pues he obtenido información de todas las alternativas que tenemos las lesbianas, los dedales, el condón, uso de lubricantes, pero sobre todo he trabajado mis procesos emocionales, la forma de manejar mi orientación, la aceptación y el conflicto con mis padres.

Si yo no me aceptó como chava lesbiana no voy a saber el modo adecuado de cuidarme, pues estoy negándome a mi misma, lo que soy. El grupo me ha ayudado a estar más con mi cuerpo, conmigo misma. (Gabriela, 22 años, integrante del grupo Cuenta Conmigo)

Siguiendo a Marcela Lagarde "El poder de las mujeres emana de la valoración social y cultural de su cuerpo y de su sexualidad".

Te esperamos todos los sábados, de 11:30 a 15:00 horas, en el Centro Cultural y Recreativo "Niños Héroes" del DIF-DF, ubicado en Popocatépetl (Eje 8 sur) No. 276, entre prolongación Uxmal y División del Norte, Col. Santa Cruz Atoyac.

Para más información visita las siguientes páginas:
www.yquesexo.com • www.mexfam.org.mx • www.caleidoscopia.com

Infórmate

qué me gusta?

plural (las identidades) ya que la identidad es lo que unifica. Las prácticas homo o heteroeróticas no constituyen alguna forma de esencialismo, sea éste definido desde lo biológico o lo cultural; por lo tanto, una práctica sexual determinada no apela al ser sino al hacer y desear.

Las prácticas eróticas: ¿qué me gusta?

Para pensar la identidad homo/heteroerótica hace falta un movimiento más: ¿qué me gusta?

A propósito pregunto qué me gusta y no quién. Otra limitante de concebir las prácticas eróticas en términos de identidad (homo o hetero) es considerar que sólo estos dos caminos agotan la sexualidad humana.

Uno de los estereotipos que se tejen en torno a la homosexualidad es que las mujeres con prácticas homoeróticas son "masculinas" y que los hombres homoeróticos son "femeninos". Con demasiada facilidad se confunde el cómo soy (identidad de género) con quién me gusta (identidad sexual); la pregunta por el homoerotismo es diferente a lo que puede representar ser hombre o mujer, e implica la "elección de objeto".

Para la teoría psicoanalítica la sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento de los genitales (pene o vagina); para esta teoría, la sexualidad es toda una serie de excitaciones y de actividades que producen placer.

La sexualidad humana como actividad cuyo fin es la búsqueda de placer marca una diferencia fundamental con la sexualidad animal.

Las prácticas eróticas en el humano son diversas, a las cuales se puede llegar por diferentes caminos, ya que buscan el placer y no tienen como fin último la reproducción. El definir la identidad homosexual, si bien amplía la concepción de heterosexualidad como única forma de práctica sexual, restringe otras formas de búsqueda de placer como aquellas prácticas agrupadas bajo el concepto de lo *queer*.

La idea de "elección de objeto" no se refiere a la persona (sino a la pulsión) ni es una actividad que dependa sólo de la voluntad. Cada quién, de acuerdo con las circunstancias en que construye y deconstruye su historia, va delimitando los caminos de placer (que son variados, aunque no se cambia de "objeto" fácilmente).

El fin que persigue el erotismo es el placer (no la reproducción) y las prácticas sexuales por las que pretende lograrlo son de lo más variadas.

Dar cuenta de la concepción que tiene el psicoanálisis acerca de la sexualidad humana rebasa con mucho las pretensiones de este escrito. La intención simplemente era ofrecer una visión alternativa a la forma como define la psicología a la sexualidad. En la interpretación psicoanalítica no se personifica ni dicotimiza la sexualidad (identidad homo o hetero), y no se considera que una particular práctica sexual determine al sujeto.

Por otra parte, la teoría psicoanalítica ayuda para pensar al sujeto, y no establece que lo que "descubre" es la realidad (como la psicología). No hay nada más alejado en la teoría psicoanalítica que las certezas. Como señala Auglanier, "saber exige que se renuncie a la certeza de lo sabido."[3]

1 Foucault, M. *Historia de la sexualidad, Vol. 1: La voluntad de saber.* Siglo XXI. México, 1977.

2 Kinsey, A., Pomeroy, W. Y Clyde, M. *Sexual Behavoir in the human male.* W.B. Saunders. Filadelfia, 1948.

3 Aulagnier, P. "A propósito de la realidad: saber o certeza." En *El sentido Perdido*. Trieb. Buenos Aires, 1980., pág. 85.

* Profesora/investigadora de la Universidad Pedagógica Nacional. Versión editada del trabajo publicado en G. Careaga y S. Cruz, *Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis*. PUEG/Conaculta. México, 2004.

Los motivos de una violación

reSeña

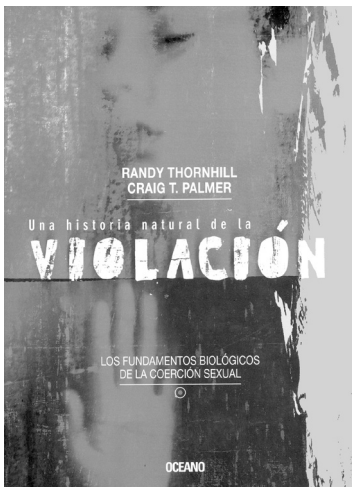
La mayoría de las reflexiones que tratan de comprender las causas que motivan las violaciones sexuales consideran que el afán de violencia juega el papel principal. Los roles de género que imperan en las sociedades contemporáneas hacen que el gran objetivo de violar a una mujer sea someterla al poder masculino, más que satisfacer cualquier deseo sexual. Bajo esta premisa, la educación con perspectiva de género, al ir modificando la cultura de dominación, permitirá terminar con este tipo de crímenes.

Al otro extremo de esta explicaciones sociológica se encuentra la perspectiva biológica —evolucionista, en el caso de *Una historia natural de la violación,* investigación de los biólogos Randy Thornill y Craig T. Palmer. Su tesis es polémica, por decir lo menos, frente a un acto que llena de dolor a quienes lo han sufrido: la violación en la especie humana ha sido de alguna manera preservada por la evolución, aun cuando resulte injustificable en el sentido moral o ético. En el centro de su argumentación está la excitación sexual. A los hombres les satisface —sexual, biológicamente— forzar la copula con la hembra para cumplir su función reproductiva.

Pero, *¿para qué* la violación ha subsistido como táctica de reproducción en la especie humana? Según Thornill y Palmer se trata de un mecanismo más para preservarse mediante la reproducción de los mejores genes posibles. Para ello, suponen que el mayor tamaño de los machos de la especie humana sería una adaptación para realizar una violación más eficiente y la resistencia que oponen las mujeres aumentaría la excitación sexual.

Como las causas últimas de la violación son biológicas, entonces la solución debe ser también biológica. Para sancionar a los violadores, una opción sería la castración química: suministrar fármacos antiandrógenos que inutilizan los órganos sexuales del varón. Paralelamente, pueden ayudar la información y la educación, pero en el entendido de que los machos de la especie humana están diseñados para reproducirse con tantas hembras como les sea posible, y las hembras son más selectivas al elegir un potencial padre para sus hijos.

Las tesis de *Una historia natural...* son expuestas con la frialdad —presunción de objetividad— del científico, afán de pureza que en el camino deja ver muchos de los prejuicios en torno a la sexualidad —varones violadores en potencia, mujeres víctimas propiciatorias— de un sector importante de la comunidad científica. Al mismo tiempo, el texto abre un debate que puede ser interesante en el camino de comprender mejor un crimen que deja profundas secuelas. **(Rocío Sánchez)**



Randy Thornill y Craig T. Palmer
Una historia natural de la violación
Océano, 2006

DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

Mujeres, el derech

La interrupción del embarazo está rodeada de implicaciones éticas y morales que una y otra vez se entrometen en la discusión legal sobre el "delito de aborto". La ley —casi siempre inútil como método de persuasión— orilla a la clandestinidad, el estigma y la muerte a las mujeres que deciden no continuar con un embarazo, mientras en el Distrito Federal la discusión legislativa sobre el aborto se ha vuelto, merced de la derecha, una lucha por los cuerpos de las mujeres.

Por **Rocío Sánchez**

"Todas las personas estamos a favor de que se acaben los abortos, el problema es que para que eso suceda hay quienes piensan que se tienen que penalizar y otras personas pensamos que se tiene que despenalizar". La aclaración de la antropóloga Marta Lamas centra una discusión bizantina: el debate por la despenalización del aborto en el Distrito Federal.

Desde que diputados locales de la ciudad de México anunciaron una propuesta para despenalizar el aborto en el caso de que se realice cuando "a juicio de la mujer o a solicitud de ella se interrumpa su proyecto de vida y su desarrollo integral", los grupos de derecha, confesional y partidista, respondieron como se esperaba y manifestaron su rechazo. Su pancarta central es "la lucha por la vida" y sus iconos las inefables y falaces fotos de fetos destrozados —la mayoría de más de seis meses, muy lejos de la propuesta legislativa que habla de autorizar la interrupción hasta las 12 semanas de gestación (cuando el producto apenas es un embrión).

La población general, de acuerdo a las encuestas, también presenta una fuerte división de posturas, pero con una tendencia a apoyar la no penalización. La encuestadora Consulta Mitofsky señala que 50 por ciento de los hombres y 48 por ciento de las mujeres están a favor de que se permita la interrupción de los embarazos si así lo deciden las mujeres. En contra se manifestaron 48 por ciento de los varones y 49 por ciento de las mujeres. Otra encuesta, del periódico *Reforma*, arrojó que 53 por ciento de los capitalinos está a favor de la despenalización y 42 por ciento se opone.

Pero mientras la discusión avanza —y polariza— los abortos y los riesgos no esperan. Según estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), en 1995 se produjeron 110 mil abortos inducidos en todo el territorio nacional. Un estudio del Instituto Alan Guttmacher hace referencia a 533 mil abortos provocados en México. De acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), las complicaciones de abortos mal practicados son la tercera causa de muerte materna en nuestro país.

La mortalidad por aborto no es consecuencia del procedimiento en sí, sino que es mucho más alta cuando éste es considerado un delito. De acuerdo con el estudio *Aborto inseguro: la pandemia prevenible*, publicado en la revista médica *The Lancet* (noviembre, 2006), en los países donde el aborto es ilegal causa en promedio 30 veces más muertes maternas que en los países donde está legalizado.

La legislación que castiga esta práctica no sirve para disuadir a las mujeres de recurrir a ella. Tampoco es cierto que el legalizarlo provoque un aumento en su incidencia. Según datos de la organización civil IPAS México, 23 de cada mil mujeres de 15 a 49 años que viven en los 82 países con la legislación más restrictiva experimentan un aborto, mientras que sólo dos de cada mil lo hace en los 52 países más liberales respecto al tema.

La capital, en espera

Luego de que la batalla empezara en todo el mundo en la década de los treinta, la ciudad de México sería la primera en América Latina en despenalizar totalmente el aborto. Sin contar a Cuba, ningún país de la región acepta la interrupción del embarazo por causas que no sean violación, peligro de la vida de la madre o malformaciones congénitas, principalmente.

En marzo se presentaron en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) dos proyectos que, aunque distintos en sus planteamientos, buscaban ampliar las cuatro situaciones que actualmente eximen de responsabilidad penal a una mujer que interrumpa su embarazo: si el embarazo es resultado de una violación, si resulta de una inseminación artificial no consentida, si el embarazo traería consecuencias graves a la salud de la madre o si, a juicio de dos médicos, el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan generar daños físicos o mentales.

Finalmente, ambas propuestas —una del PRI y otra de la Coalición Socialdemócrata que agrupa a Alternativa, Partido del Trabajo y Convergencia— quedaron unificadas en un dictamen preliminar presentado el pasado 30 de marzo, quedando estipulada una quinta causal de no responsabilidad penal en el artículo 148 del Código Penal, "cuando a juicio y solicitud de la mujer se interrumpa el embarazo durante las primeras doce semanas de gestación". Esto significa que la mujer no tendría que especificar ningún motivo particular para interrumpir su embarazo.

El mismo proyecto reforma el artículo 14 de la Ley de Salud, estableciendo que el gobierno difundirá políticas sociales y educativas que promuevan la salud reproductiva y defiendan los derechos sexuales.

El dictamen aún debe ser aprobado por las comisiones unidas de Salud, de Equidad y Género y de Procuración de Justicia, acto que legisladores prevén se realice antes del 19 de abril, para discutirlo en el pleno de la Asamblea el próximo 24 del mismo mes.

Sí a la vida, sí a la despenalización

Al margen de la discusión moral y religiosa alrededor de la cual ha oscilado gran parte del debate, el aborto es una realidad de salud pública innegable en nuestro país. Una cifra que indirectamente revela la cantidad de abortos clandestinos en México es la de atenciones por abortos incompletos en hospitales del IMSS, ISSSTE y de la Secretaría de Salud, que ascienden a unas 10 mil mujeres al año, explica Raffaela Schiavon, directora general de IPAS México, en conversación con *Letra S*.

Las posibles reformas, considera, son un asunto de justicia social porque "sabemos que las mujeres que tienen recursos llevan a cabo sus decisiones en clínicas, en hospitales o hasta en otros países; las que se mueren, las que se enferman, las que tienen problemas para tomar estas decisiones son las mujeres pobres, marginadas, jóvenes y mayores". Una clínica dedicada a realizar abortos en la ciudad de El Paso, Texas, (colindante con Ciudad Juárez, Chihuahua), reveló que alrededor de 35 por ciento de sus pacientes son mexicanas: unas 560 mujeres al año (*La Jornada*, 31 de marzo de 2007).

Entre los argumentos que ha esgrimido la oposición partidista al aborto legal está el aumento en la irresponsabilidad de los jóvenes que tendrán más relaciones sexuales sin protección, por lo cual, incluso contra sus posturas históricas y en un sentido no muy claro, proponen iniciar estrategias de prevención de los embarazos no deseados

"Pero aún dentro de la mejor óptica de prevención posible, de todos modos habría abortos porque los métodos anticonceptivos fallan, porque hay relaciones sexuales violentas o no previstas, porque un mismo embarazo, deseado en un principio, puede volverse no deseado después", advierte Schiavon.

"Consecuencias" del aborto y "soluciones"

Grupos de ultraderecha como Pro Vida, el Colegio de Abogados Católicos de México y otras coaliciones ciudadanas fantasma que han sido portavoces de la postura en contra del aborto esgrimen argumentos "científicos" que dicen que la interrupción del embarazo está relacionado a un sinnúmero de consecuencias negativas. La amenaza de esterilidad futura, el síndrome de

o a la propia vida

estrés post aborto y hasta el cáncer de mama son las pesadas lozas que penden sobre las cabezas de quienes no concluir un embarazo.

"Las evidencias que aportan estos grupos son mala ciencia, es ciencia que no se puede constituir en evidencia", explica Schiavon. El riesgo de muerte es elevado, aclara, cuando el aborto se realiza en condiciones inseguras e insalubres. De ser llevado a cabo en condiciones legales, el aborto es el más seguro de varios procedimientos obstétricos con sólo 0.56 muertes por cada 100 mil eventos, de acuerdo con un estudio publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, mientras el parto presenta 7.06 muertes por cada 100 mil eventos.

Sobre la infertilidad futura, sólo se sostiene "si hablamos de abortos donde las mujeres se meten sustancias, sondas, ganchos; el riesgo de infección o de perforación por supuesto que afecta la vida o la fertilidad futura de la mujer".

Ante el rápido posicionamiento del tema del derecho a decidir de las mujeres en la opinión pública, el Partido Acción Nacional, como principal partido opositor a la despenalización del aborto, ideó una "contrapropuesta", en la que planteó dar un apoyo económico a todas las mujeres que tuvieran un embarazo no deseado, para solventar sus gastos y los de su hijo hasta los nueve años de edad. Asimismo, la líder panista en el DF, Mariana Gómez del Campo, dijo que el gobierno debe ofrecer opciones seguras y confiables para que las mujeres puedan dar a sus hijos en adopción.

En México, refiere Schiavon, hay un promedio de mil adopciones legales al año, a la par que existe un promedio de 170 mil hospitalizaciones por aborto al año en todo el país, muchas de ellas por aborto inducido. "Yo no sé si tienen idea de lo que están hablando". Independientemente de que se tendría que multiplicar por diez la cantidad de adopciones, "el discurso de la adopción es muy poco humano, que conlleva la conceptualización de la mujer como una incubadora, como una máquina que incuba bebés y una vez que el bebé se logra, lo saca y lo regala, como si eso no significara nada para esa mujer".

Para Martha Lucía Micher, directora del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, la medida es igual de inverosímil. "Me imagino una niña de 12 años violada, que lleva a término su embarazo para dar en adopción el hijo de su papá o de su tío que la violó. ¿Qué valor moral y ético tiene esta propuesta?"

Con la Iglesia hemos topado

Desde el inicio de la discusión, las presiones, críticas y hasta amenazas de los grupos conservadores, del Partido Acción Nacional y de la jerarquía católica, hicieron acto de presencia. Incluso el presidente Felipe Calderón, cuestionado sobre el tema, se manifestó "en defensa de la vida" y reiteró su "pleno respeto por la dignidad (sic) y la vida humana".

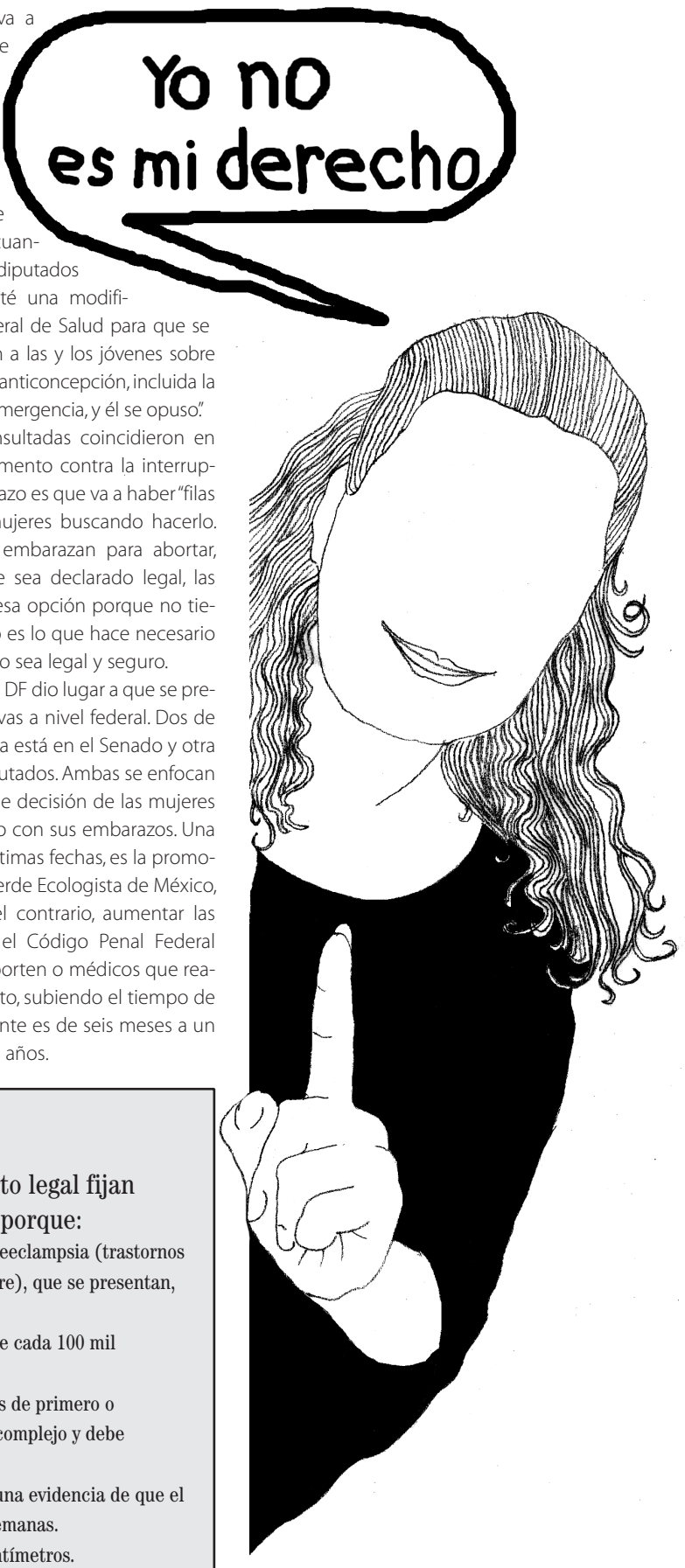
El Vaticano terció un mensaje de rechazo en voz del presidente del Pontificio Consejo para la Familia, cardenal Alfonso López Trujillo, quien en un evento de grupos pro vida realizado en México, advirtió que es imposible que el ser humano quiera "corregirle la plana a Dios". Cuando grupos por el derecho a decidir pidieron vigilar de cerca al representante del Papa, el subsecretario de Migración y Asuntos Religiosos de la Secretaría de Gobernación, Florencio Salazar, lo escudó diciendo que el purpurado "no está contraviniendo (las leyes mexicanas), ninguna disposición que atente contra la paz pública, contra las instituciones; está participando en el marco de un tema que es parte doctrinal de la Iglesia que él representa".

Sobre la intervención de la Iglesia en el tema, la antropóloga Marta Lamas estima que "desde que se acabó la lucha contra el comunismo y a partir de la caída del muro de Berlín la Iglesia se quedó sin una causa para hacer cruzadas y decidió que la próxima sería todo lo relacionado a sexualidad y reproducción". Entrevistada por *Letra S*, contrastó esta postura con las palabras del obispo auxiliar de Madrid, Alberto Iniesta , quien, en 1985, dijo: "Mi conciencia rechaza totalmente el aborto, pero mi conciencia no rechaza la posibilidad de que la ley no lo considere un delito".

Para Martha Lucía Micher, el debate corre el riesgo de desviarse de "la responsabilidad del Estado para respetar, proteger y garantizar el derecho humano de las mujeres a una salud integral y su derecho a decidir", y quedar en un ámbito doctrinario.

Por su parte, el secretario de Salud, José Angel Córdova, no pudo resistir la tentación de opinar en contra de la despenalización al soslayar la importancia de las muertes por abortos clandestinos. Ante las primeras preguntas se había mostrado prudente aclarando que las autoridades de salud acatarían lo que determinara el Poder Legislativo, pero días después argumentó que el aborto no es un problema tan grave de salud pública, pues en 2006 sólo se registraron 88 muertes por esa causa.

"No es correcta una declaración de este tipo que además contradice su discurso porque él dijo que teníamos que trabajar sobre la prevención, y un asunto sobre el que se está trabajando aquí es el de la prevención", expresó Martha Lucía Micher en entrevista con *Letra S*. "Este asunto no va a impactar únicamente en una ley, también tiene que impactar en educación e información sexual, propuesta que el propio secretario de Salud no aceptó cuando ambos éramos diputados federales: yo presenté una modificación a la Ley General de Salud para que se les diera información a las y los jóvenes sobre todos los medios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, y él se opuso".



Las expertas consultadas coincidieron en que otro débil argumento contra la interrupción legal del embarazo es que va a haber "filas interminables" de mujeres buscando hacerlo. Las mujeres no se embarazan para abortar, ni abortarán porque sea declarado legal, las mujeres recurren a esa opción porque no tienen otra salida y eso es lo que hace necesario que el procedimiento sea legal y seguro.

La discusión en el DF dio lugar a que se presentaran tres iniciativas a nivel federal. Dos de ellas son del PRD, una está en el Senado y otra en la Cámara de Diputados. Ambas se enfocan a ampliar el poder de decisión de las mujeres sobre continuar o no con sus embarazos. Una más, presentada a últimas fechas, es la promovida por el Partido Verde Ecologista de México, que propone, por el contrario, aumentar las penas vigentes en el Código Penal Federal para mujeres que aborten o médicos que realicen el procedimiento, subiendo el tiempo de cárcel que actualmente es de seis meses a un año, hasta uno a tres años.

Hasta las 12 semanas

Las reformas al Código Penal para practicar un aborto legal fijan como lapso las doce primeras semanas de gestación porque:

- Evitará enfermedades típicas del embarazo, como la eclampsia y preeclampsia (trastornos de la presión arterial que pueden poner en riesgo la vida de la madre), que se presentan, por definición, a partir del segundo trimestre, no antes.
- La mortalidad ligada a abortos en esta etapa está por debajo de 1 de cada 100 mil abortos.
- Hasta ese momento se puede interrumpir el embarazo en hospitales de primero o segundo nivel; a partir de las 15 semanas el procedimiento es más complejo y debe efectuarse en centros más especializados.
- La Asociación Americana de Medicina concluye que no existe ninguna evidencia de que el feto perciba sensaciones complejas como el dolor antes de las 29 semanas.
- A las 12 semanas el producto pesa 20 gramos y mide entre 8 y 9 centímetros.
- En ese mismo lapso no existe el conflicto de viabilidad fetal, es decir, el producto que se expulse no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir.

Fuente: IPAS México

OPINIÓN

Aborto: práctica común, mujeres en riesgo

Por **Ana Langer-Glas***

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deberían ser siempre actos voluntarios y planeados. Lamentablemente no siempre es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.

¿Por qué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres y las parejas aún siguen enfrentando esta situación? Porque aún no todas las personas pueden controlar su fecundidad.

Si bien en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones en la prevalencia de uso de anticonceptivos (63.1 por ciento en 1992, 66.5 por ciento en 1996 y 70.8 por ciento en 2000, según el Consejo Nacional de Población), en la práctica existen aún muchas mujeres y parejas que no desean reproducirse pero siguen expuestas al "riesgo" de quedar embarazadas, ya sea por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos "tradicionales" como el ritmo o el *coitus interruptus*, de escasa eficacia para evitar el embarazo. La proporción de mujeres que se encuentra en esta situación no es despreciable: en México correspondió al 12.1 por ciento en 1997, según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica.

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y las familias.

Los costos de la penalización

En Estados Unidos se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto.[1] Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35 por ciento de los casos.[2] El aborto inseguro es uno de los problemas más importantes de salud pública que enfrentamos en México y la región. Es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres; cuando se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero los riesgos que enfrenta la mujer son enormes y se agravan cuando ésta no cuenta con información que le permita identificar los signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de a dónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente. En un estudio realizado en Brasil se estimó que 20 por ciento de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50 por ciento de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complicaban.[3] Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo cinco por ciento de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela posible. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar esta morbilidad excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social hace algunos años, mostró que el 63 por ciento de los internamientos de pacientes con problemas relacionados con el embarazo correspondían a complicaciones secundarias a un aborto.[4]

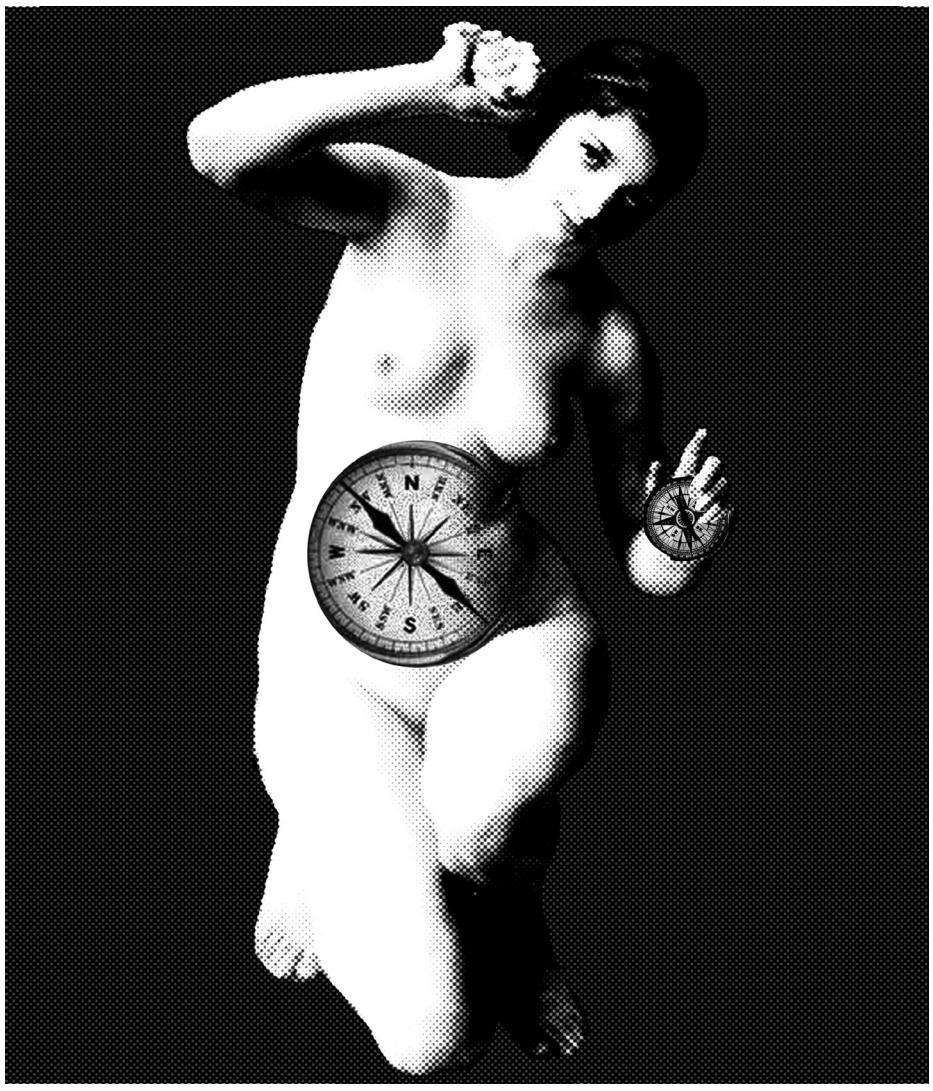
Todas las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en alguna estadística oficial.

Reflejo de la desigualdad social

El aborto inducido es, sin lugar a dudas, frecuente en México y América Latina. Sin embargo, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se cuenta con datos confiables sobre su incidencia. Las únicas estadísticas nacionales con las que se cuenta se refieren al número de hospitalizaciones por aborto. Ciertas técnicas estadísticas permiten estimar, a partir de este dato, la frecuencia del aborto inducido.

Según los resultados de un ejercicio llevado a cabo por el Instituto Alan Guttmacher, en seis países que reúnen al 70 por ciento de la población de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y la República Dominicana) se realizan por año aproximadamente 2.8 millones de abortos inducidos.[2] Si estos resultados se extrapolaran a toda la región, el número de abortos inducidos por año alcanzaría unos cuatro millones. Un fenómeno de esta magnitud, con las graves repercusiones ya mencionadas, constituye, sin lugar a dudas, un grave problema de salud pública.

Conocer el número de muertes que ocurren como consecuencia del aborto sería un dato importante para apreciar la magnitud del problema. Lamentablemente, sólo contamos con aproximaciones a la cifra real. El lugar que ocupa el aborto entre las causas de muerte materna varía en los distintos países; es posible estimar, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, que ocurren entre 83 y 250 muertes por cada 100,000 abortos en los países que prohíben la práctica. En promedio, en los países donde el aborto es legal, la cifra correspondiente es de 0.6.



Los riesgos que una mujer enfrenta ante un aborto inducido son un reflejo de la desigualdad social. Así, las mujeres con recursos que viven en áreas urbanas tienen la opción de interrumpir un embarazo no deseado en condiciones mucho más seguras que las que habitan en zonas rurales y son de bajo nivel socioeconómico. Las primeras suelen tener acceso a profesionales de la salud capacitados que utilizan técnicas seguras, mitigan el dolor con anestésicos o analgésicos y suelen indicar antibióticos profilácticos para evitar infecciones, mientras que las segundas suelen provocárselo ellas mismas o con la asistencia de una persona sin entrenamiento ni la infraestructura necesaria. Los métodos que las mujeres llegan a utilizar en el intento por resolver su problema solo pueden ser vistos como un reflejo de su desesperación: introducción de sondas o alambres, caídas por las escaleras, golpes que se dan ellas mismas o sus parejas.[2] La inequidad es brutal, tal vez la más sobresaliente en el campo de la salud reproductiva. Baste recordar que un aborto inducido en condiciones óptimas representa para la mujer menor riesgo que una inyección de penicilina.

En México, la Constitución establece el derecho universal a la protección de la salud. Es, por lo tanto, una responsabilidad social ineludible responder a las necesidades de todas las mujeres por igual, sin distinción de clase social. Una sociedad que admita que algunas de sus mujeres accedan a un aborto inducido sin riesgos ni dificultades mientras que otras experimentan los peligros arriba mencionados, no es una sociedad democrática.

Referencias

1. Brown S, Eisenberg L., editors. *The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families /Committee on Unintended Pregnancy*. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington DC, 1995.
2. The Alan Guttmacher Institute. *El aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. The Alan Guttmacher Institute. New York, 1994.
3. Hardy E, Costa G. *Abortion experience among female employees of a Brazilian university*. CEMICAMP Campinas, SP. Brasil, 1993.
4. Hernández D, Mojarro O, Fuentes J, Martínez-Manatou J. *Consideraciones sobre las muertes maternas en el IMSS y sus causas*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1991.

* Especialista en salud reproductiva, Presidenta de la organización civil internacional Engender Health. Versión editada del texto "Embarazo no deseado y aborto inseguro: impacto sobre la salud en México," publicado en la *Gaceta Médica de México*, vol. 139, suplemento 1, 2003.

¿Quién fija los precios de los medicamentos?

En 2007 el gobierno gastará tres mil millones de pesos en fármacos anti sida. Los precios que los laboratorios cobran por las sustancias, la mayoría protegidas por patentes, es muy alto para el nivel real de la economía mexicana. El debate ya ha sido iniciado por una organización civil que se plantea como meta la reducción de, al menos, 50 por ciento en los precios.

Por **Fernando Mino**

Cuando aparecieron en 1996, los medicamentos antirretrovirales abrieron una esperanza para las personas con VIH/sida. Una esperanza muy cara —10 mil dólares al año por paciente— para la mayoría. En la Conferencia Internacional de Sida, celebrada ese año en Vancouver, Canadá, activistas de todo el mundo protestaron, al grito de "¡Codicia igual a muerte. Acceso para todos!", en contra de las compañías farmacéuticas y los elevados precios de sus medicamentos de patente.

Una década después, la "codicia" de los laboratorios sigue siendo un tema central de la lucha contra el VIH/sida. De acuerdo con la organización civil internacional Aids Healthcare Foundation (AHF) un tratamiento anti sida que en Honduras cuesta 500 dólares al año, en México se cotiza entre siete mil y ocho mil dólares.

Para Michael Weinstein, presidente de AHF, organización que cuenta con una red de clínicas de atención del VIH en varios países, las compañías farmacéuticas buscan —fundamentalmente— ganar dinero en México. "Si pudiéramos ahorrar el dinero que se gasta en medicamentos, se podría hacer mucho más en prevención", considera.

Mayor precio, menor cobertura

En México, las instituciones públicas de salud son el principal cliente de las compañías farmacéuticas que producen los antirretrovirales. El gasto público en medicación anti sida representa una inversión de tres mil millones de pesos, para atender a alrededor de 40 mil personas, según cifras proporcionadas por Jorge Saavedra, director del Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/sida (Censida).

Esta inversión no se realiza en forma consolidada, en bloque, por todo el sistema nacional de salud, sino que se divide por instituciones: IMSS, Secretaría de Salud (a través del Seguro Popular), ISSSTE, Pemex e Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México. Cada institución licita o compra directamente los fármacos que provee a sus beneficiarios, fragmentación que favorece la disparidad en los precios de compra. Mientras que el tratamiento de un paciente con VIH en los servicios operados por la Secretaría de Salud cuesta alrededor de 60 mil pesos, en el IMSS —con un sistema de adquisiciones fragmentado: cada delegación estatal e, incluso, unidad médica hacen compras de medicamentos— el costo se eleva a 75 mil pesos anuales.

Para la industria farmacéutica, la variedad de sus precios de venta tiene que ver con criterios globales, tanto económicos como epidemiológicos. "La fijación de precios es un asunto complejo. Abbott toma en cuenta factores relacionados con la capacidad de cada país para adquirir los medicamentos, sus condiciones socioeconómicas y la prevalencia del VIH", señala el médico Alejandro Vargas, gerente médico de Abbott de México, filial de la farmacéutica estadounidense que fabrica la combinación antirretroviral lopinavir-ritonavir.

No obstante, esos criterios económicos no toman en cuenta la profunda desigualdad en la distribución del ingreso. Los siete mil 300 dólares de ingreso medio *per capita* hacen de México una nación de "ingreso medio-alto", lo que la excluye de programas de acceso a medicamentos baratos, tanto de las compañías farmacéuticas como de iniciativas internacionales, como el Fondo Global o el Banco Mundial, que favorecen una comercialización de medicinas de patente a precios bajos en los países pobres. "Desafortunadamente existe esta situación de calificar a los países así; la distribución de la riqueza queda fuera de las mediciones de todo organismo internacional o compañía farmacéutica", acepta el médico Germán Luna, gerente de la Unidad de VIH de Stendhal, distribuidor en México de los fármacos antirretrovirales fabricados por la compañía estadounidense Gilead.

Peor aún, "países con ingresos similares a los de México tienen precios abismalmente más bajos", señala la médica Patricia Campos, representante de AHF en México.

AHF intercambió correspondencia con los corporativos de las farmacéuticas trasnacionales Roche y Boehringer Ingelheim, pidiendo explicaciones sobre los altos precios de sus medicamentos anti sida en México. De acuerdo con Weinstein, sus respuestas fueron preocupantes: "Nos dijeron que 98 por ciento de las personas con VIH/sida en México están bajo tratamiento y que el Seguro Popular lo paga todo; cosas que sólo en el mundo ideal serían verdad". La Organización Mundial de la Salud calcula que la cobertura de tratamiento anti sida en nuestro país alcanza a 71 por ciento de la población que la requiere, lo que deja fuera a unas 12 mil personas con VIH, según AHF.

En los cálculos oficiales, según Jorge Saavedra, se contempla un aumento anual de entre cuatro mil y cuatro mil 500 nuevos pacientes con VIH para recibir medicación antirretroviral. "No es sustentable", asegura. Weinstein va más allá: "En tres años se corre el riesgo de que los recursos no alcancen".

Reducir precios al menos 50 por ciento

Ante este panorama, AHF ve dos posibilidades de solución: desconocer las patentes para fabricar medicamentos genéricos a precios mucho menores, o que la sociedad civil alce la voz para impulsar una negociación con la industria farmacéutica.

La lucha contra las patentes, que ha servido en países como Brasil y Tailandia, es imposible en México. La legislación mexicana sobre propiedad intelectual, ligada en buena medida a compromisos internacionales como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, impide esta vía. "Si la patente está vigente no podemos fabricar ni comprar genéricos en otros países, y salvo tres sustancias, el resto de los medicamentos antirretrovirales —la Ssa adquiere 21— tiene patente vigente", señala Jorge Saavedra y menciona que sólo hay dos estrategias posibles para aligerar la carga económica: "Programas preventivos para reducir el número de infecciones y negociar reducciones de precios de los antirretrovirales".

Para Weinstein, la sociedad civil tiene que entrar a la discusión e impulsar la reducción en los precios. "Los activistas son los que pueden cambiar la situación, no los gobiernos", dice. Para ello, AHF desarrolla una campaña titulada "Los precios de los antirretrovirales en México son para morirse", que además de inserciones en medios impresos para dar a conocer el problema, incluye labores de cabildeo con organizaciones de la sociedad civil, con funcionarios del sector Salud y con compañías farmacéuticas, tanto en México como en sus países de origen.

Representantes de AHF se han reunido con Jorge Saavedra y con el subsecretario de Salud Mauricio Hernández, al tiempo que han iniciado contactos con activistas y organizaciones civiles para impulsar el tema. Uno de esos activistas es Luis Adrián Quiroz, de la organización Derechohabientes Viviendo con VIH/sida del IMSS, quien considera que el tema de los precios de los antirretrovirales ha sido poco considerado por la sociedad civil, pero que es importante discutirlo tanto con los laboratorios y distribuidores para que tengan abasto suficiente a precios razonables de sus medicamentos, como con las instituciones públicas de salud para que revisen sus políticas de adquisiciones y se logre instituir compras en bloque para obtener mejores precios.

Para mayo próximo, adelanta Patricia Campos, se tiene planeada una reunión amplia con representantes de la sociedad civil. Por el lado de los laboratorios, Germán Luna, de Stendhal, dice: "Siempre se está dispuesto a escuchar cuáles son las necesidades y también pedimos escuchen cuáles son nuestras necesidades y posibilidades. Habrá cosas que no se puedan concretar y otras que creo que sí".

La meta central de la campaña de AHF es que los precios de los medicamentos se reduzcan por lo menos 50 por ciento y 2008 es la fecha marcada por Campos: "Esperamos que para la Conferencia Internacional de Sida que se realizará en México podamos dar la noticia de que el objetivo se logró".

PRECIOS DESPROPORCIONADOS *

Nombre del fármaco	*Precio en países en desarrollo*	*Precio en México*
Lopinavir+ritonavir	*500.00*	*5,198.92*
Efavirenz	*277.00*	*862.48*
Lamivudina	*69.00*	*2,384.32*
Nevirapina	*432.00*	*2,439.77*
Tenofovir	*207.00*	*4,423.44*

* Precios en dólares al año por paciente.
Con datos de Médicos sin Fronteras para los precios internacionales y de Censida para México (actualizados a 2005). Cuadro elaborado por Aids Healthcare Foundation.

CALIDAD DE VIDA

Tratamientos y "curaciones" para el VIH/sida

Cómo saber si se trata de un fraude

El VIH/sida es una infección aún sin cura y las terapias para su tratamiento pueden provocar muchos efectos secundarios. En respuesta, ha prosperado la oferta de "curaciones" subterráneas y tratamientos basados en teorías no probadas (a menudo absurdas) o que son abiertamente contradictorias. En este texto, algunas recomendaciones para estar alertas y cuidar de la propia salud.

Evaluar las curaciones mágicas para el VIH/sida —separando las verdaderamente absurdas de las que tienen alguna lógica— es mucho más difícil de lo que parece. La mayoría ofrecen evidencias de clientes satisfechos, pacientes seropositivos al VIH que creen haberse beneficiado. Escuchamos lo que dicen algunas personas sinceras que han visto aumentos en sus recuentos de células CD_4, que dicen "sentirse mucho mejor", o que se han "recuperado milagrosamente" de alguna infección o condición médica. Con estos "creyentes verdaderos" es difícil argumentar, ya que están convencidos de que el tratamiento que han descubierto es el responsable de su nuevo bienestar.

Cuestión de sentido común

Las instituciones gubernamentales correspondientes deberían investigar todos estos tratamientos —y a quienes los practican— que alegan poseer beneficios carentes de cualquier fundamento. Muchos pacientes asumen que si estos productos no son silenciados por la ley, deben ser legítimos; es como creer que porque leemos algo en los periódicos o lo escuchamos en la televisión, debe ser cierto.

Lo más triste y peligroso de las curaciones milagrosas no es el dinero que le sacan a las personas con problemas de salud, sino el daño que le hacen a quienes podrían beneficiarse de los tratamientos probados científicamente, que se dejan de lado tras la búsqueda de alternativas "prometedoras". De hecho, si se apartan de sus medicamentos regulares para ensayar un tratamiento que virtualmente no tiene ninguna probabilidad de producir beneficio, están arriesgando un deterioro de su salud.

A menudo todo lo que se requiere es utilizar el sentido común. Obviamente hay personas en circunstancias muy difíciles que piensan que no tienen nada que perder. Pero un momento de claridad puede encender las alertas frente a opciones cuestionables.

Cuidado con las evidencias anecdóticas

Siempre resulta impactante escuchar decir a una persona en vivo —o en televisión, o prensa— que un tratamiento funciona. "Si le funcionó a esa persona, ¿por qué no me va a funcionar a mí?" Pero los reportes de éxitos, que a menudo resultan falsos, desafortunadamente no ayudan mucho. De hecho casi nunca ha existido un tratamiento en la historia de la epidemia para el cual alguien no haya alegado que le funcionó bien. Sin importar qué tan poco científico o claramente mercenario parezca ser el mercadeo de un tratamiento, siempre habrá un grupo de creyentes verdaderos que lo defiendan con evangélico entusiasmo.

Existen ciertas razones obvias, aunque un poco sutiles, por las que algo parece funcionar para alguien. Una es el poder de la mente. En los estudios, las personas que creen que están recibiendo una sustancia tóxica con frecuencia experimentan efectos secundarios, aunque hayan tomado un placebo (pastilla de azúcar). Al mismo tiempo, las personas que piensan que están obteniendo un medicamento beneficioso a menudo sienten alguna mejoría, al menos durante un tiempo, aunque después se compruebe que dicho medicamento no produce tales efectos o se trate de un placebo. Estos no son eventos imaginarios, las personas a menudo experimentan cambios que son mensurables, pero no siempre son debidos al tratamiento. El denominado "efecto placebo" es real, por eso en los estudios se utilizan procedimientos complejos para separarlo de los efectos reales del medicamento.

El testimonio personal por sí mismo, sin importar qué tan sincero sea, no es una buena base para tomar una decisión. A veces, la sinceridad del médico o practicante que los indica o vende también nos dice algo; aunque existen unos pocos embaucadores consumados, la mayoría de los practicantes creen fervientemente en sus propios productos.

Nadie comprende completamente o puede predecir el "curso natural" de la infección por VIH. En personas que reciben tratamiento y en las que no, los recuentos de células CD_4 se elevan y bajan, los síntomas van y vienen, y existen largos períodos de estabilización, así como deterioros pronunciados. La actividad del VIH varía grandemente de persona a persona. Los estudios controlados son los únicos medios conocidos para separar con exactitud los resultados del tratamiento de los vaivenes de la salud provocados por la infección del VIH, o por el efecto placebo.

Señales de un charlatán

Los tratamientos alternativos costosos deben ser puestos en duda. En general, mientras más costoso sea el tratamiento, más evidencias deberá usted exigir sobre su funcionamiento. Si no se han hecho o se planean hacer estudios sobre su eficacia, averigüe por qué. Más vale que haya una buena explicación. Cualquier variación de las frases: "es demasiado complicado", "no poseemos los recursos necesarios", "no tenemos tiempo para especular", "estamos demasiado ocupados salvando vidas", o "el sistema está contra nosotros" es una señal de alarma. Existen procesos válidos para determinar qué es lo que funciona.

Cualquiera que diga tener la curación para el VIH pero cuya área de especialización es bien distinta al sida es sospechoso. Un médico general sin una especialización no está plenamente capacitado para dar seguimiento a un paciente con VIH, ni hablar de los que no tienen una carrera médica. Cualquiera que cite artículos de una publicación desconocida o investigaciones llevadas a cabo en instituciones oscuras es sospechoso. Las referencias a fundaciones, organizaciones o centros con títulos rimbombantes de los que nadie ha escuchado antes, debe ser una gran señal de alerta.

Versión editada del documento "Cómo identificar el Fraude en el sida", de la organización Project Inform, enero de 2007. www.projectoinform.org

---

Contingencia moral

Crónica **Sero**

Por **Joaquín Hurtado**

Valientes miembros del Ejército que viven con VIH/sida amparados contra una ley inhumana le dieron a la patria una lección de preciosa dignidad.

Pero en el alegato del tribunal de la Suprema Corte de Justicia algunos ministros abrieron algunas llagas viejas y brotó la purulencia. Quedaron registrados en nuestro sagrado repertorio de atrocidades algunas expresiones infames y vergonzantes que ya no se borrarán jamás de la historia. La historia del sida en México, inventario de mezquindades.

Aunque el fallo fue favorable a la demanda de los seropositivos, las infamias pronunciadas en la SCJN que aún resuenan como chicotazos en el pellejo de mi alma siguen allí. El puñado de soldados inconformes con una ley bárbara y criminal fue calificado como de seres "inútiles", reducido a simple "riesgo bacteriológico".

Por una sencilla ecuación lógica, una inferencia de párvulos, es fácil deducir cómo junto al grupo de militares agraviados por semejantes calificativos rodamos decenas de miles. De ese tamaño fue la irresponsabilidad y el desaseo de la argumentación expresada en aquel litigio inaudito.

Arnoldo Kraus escribió un brillante artículo sobre el tema de la importancia de la dignidad, misma que fue severamente vulnerada con aquellos argumentos infundados. Pero el clamor de Arnoldo no va a hacer que regresen los medicamentos a los anaqueles vacíos por la calculada indolencia oficial. ¿Para qué ocuparse en la supervivencia de seres desechables por improductivos y hasta peligrosos? ¿Ignorancia, homofobia, estulticia, holgazanería intelectual, primitivismo moral, desidia, gazmoñería de los excelentísimos ministros? ¿O sólo ganas de joder?

¿Qué sucedió en los escritorios, las mentes, los corazones de casi la mitad de los jueces? ¿Por qué jugaron tan campantes en el territorio minado del sida sin antes sopesar los alcances del asunto? Démosles el beneficio de la duda. A pesar de que todos los casos tratados por ellos tienen un alto nivel de importancia y de profundidad en las consecuencias de su veredicto, también a ellos se les brinca la cadena porque *errare humanum est*. Pero…

Yo con mis veinte años de vivir con VIH y de eventualmente caer encamado por el sida. Yo con mis más felices y productivos años; y mi mejor desempeño profesional y humano realizado con, y gracias, y a pesar del mentado síndrome, yo… ¿un inútil?

Yo con mi sangre tan inocente y tan cochina como la de su santidad el Papa. Yo y mis bichos virales felices —a veces adormilados, a veces desenfrenados—; yo y mis hongos, bacilos, algas, gérmenes, protozoarios, y demás maravillas de la dimensión microscópica; yo y mis amigos asesinos oportunistas, democráticos y simbióticos que me habitan… ¿un peligro bacteriológico?

Yo Joaquín: inútil loca, contingencia bacteriológica… eso sí que duele.

Anticoncepción de emergencia: (55)5523-2580 **Planificatel:** 01 800 317-3500
Telsida: D.F.: 5207-4077 Lada: 01 800 712-0886 y 01 800 712-0889

ayuda

www.letraese.org.mx

Si te interesa tener más información acerca del tema de este número o sobre otros temas ligados a la sexualidad, visita nuestra página *web*.

Para servir **a usted**

Salud sexual y reproductiva

letra@ recomienda

www.gire.org.mx
www.inmujer.df.gob.mx
www.ipas.org/spanish/

Instituciones Gubernamentales

Federales

Censida
Herschel 119, Col. Anzures, México, DF
Tel. 5250-5444

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero 213, 7° Piso, Col. Chapultepec Morales
CP 11570, México, DF
Tel.: 5263-9100
www.generoysaludreproductiva.gob.mx

IMSS Oportunidades / Salud Reproductiva
Toledo 39, 2º Piso Col. Juárez
Tel.: 5238-2700, ext. 14304
www.imss.gob.mx/imss

Distrito Federal

Programa de VIH/sida del DF
Benjamín Hill 24, planta alta
Col. Condesa, CP 06170, México, D. F.
Tel./Fax: 5515-8311

Clínica Especializada Condesa
Benjamín Hill 24, Col. Condesa
CP 06170, México, DF
Tel./Fax: 5515-4093 / 5271-6439

Inmujeres/DF
Tacuba 76, 1er piso, Colonia Centro
Cuauhtémoc. México, DF
Tel.: 5512-2856 (difusión)
inmujeres@df.gob.mx

Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales
General Gabriel Hernández 56 1er. Piso
(esq. Fray Servando) Col. Doctores.
Tel.: 5346-8110 y 53468480

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales
Pestalozzi 1115 esq. Eje 6 sur, Col. Del Valle
Tel.: 5200-9632 al 36

Líneas telefónicas de información

Servicio de información sobre la pastilla anticonceptiva de emergencia
5523-2580

De joven a joven
5658-1111

Planificatel
01 800 317-3500

Saptel
5259-8121

SOS GAY / Línea de asistencia legal
5549-9396 Lunes a viernes 9:00 a 15:00 hrs

Telsida
Tel. 5207-4077, 5208-1198, 5208-1229
01 800 712-0886 y 01 800 712-0889
Atención de lunes a viernes
de 9:00 a 21:30 horas
telsida@prodigy.net.mx

Diversitel/Línea de la diversidad sexual
Tel. 35 47 01 00 y 01 800 821 22 97
diversinet@avedemexico.org.mx

Organizaciones Civiles

@dolescentes, SC
División del Norte 917
Col. Del Valle, CP 03100, México, DF
Tel. 5536-1863, 5543-5519 5543-5192
clinicadolescentes@hotmail.com
www.clinicadolescentes.com

Afluentes, SC
Giotto 58, Col. Mixcoac
CP 03910, México, DF
Tel. 5563-1485 / Fax: 5563-7978
afluentessc@prodigy.net.mx
www.afluentes.org

Andar

Alianza Nacional por el Derecho a Decidir
Tel.: 5211-8082
coordinacion@andar.org.mx
www.andar.org.mx

AMSSAC

Asociación Mexicana para la Salud Sexual, AC
Texoquipa 26, Col. La Joya, Tlalpan
CP 14000, México, DF,
Tel. 5573-3460 / Fax. 5513-1065

Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, AC
Monterrey 172-302 A
Col. Roma, 06700, México, DF
Tel/fax : 5574-0267
amsa@intermedik.com / www.amsaj.com

Apis / Fundación para la Equidad
Londres 70, esquina Corina, Col. del Carmen
CP 04100, Coyoacán, México, DF
Tel.: 5659-0548. Fax: 5554 4769.
apis@laneta.apc.org
www.laneta.apc.org/apis/

Caleidoscopia, espacio de cultura, terapia y salud sexual, AC
Pirineos 86 bis, A y B, Col. Portales
CP 06300, México, DF
Tel/fax: 5601-2892 y 5601-4177
caleidoscopia@hotmail.com
www.caleidoscopia.com

Católicas por el Derecho a Decidir, AC
Apartado Postal No.21-264
CP 04021, México, DF
Tel.: 5554-5748 / Fax: 5659-2843
cddmex@laneta.apc.org

Celsam-México

Centro Latinoamericano Salud y Mujer
Periférico Sur 6677, 6º Piso
Col. Ejidos de Tepepan Xochimilco
CP 16017 México, DF,
Tels.: 5627-7090, 5627-7091 y 01 800 317-0500
Fax.: 5627-7089
méxico@celsam.org

Cecash

Centro de Capacitación y Apoyo Sexológico Humanista, AC
Niza 74, int. 201. Col. Juárez
CP 06600, México DF
Tel./Fax: 5207-8897
cecashdf@prodigy.net.mx / www.cecash.org

CORA

Centro de Orientación para los Adolescentes, AC
Angel Urraza 1122 Colonia del Valle
México D.F C.P. 03100
Tel 55 59 84 51 y 55 59 84 53
Fax 55 75 82 64
info@cora.org.mx

Demysex

Red Democracia y Sexualidad, AC
Av. Coyoacán 1878, despacho 707
Col. Del Valle, CP 03100, México, DF
Tel/fax: 5534-2600
www.demysex.org.mx

Equidad de Género: Ciudadanía Trabajo y Familia, AC
Abasolo 201, Col. Del Carmen Coyoacán
CP 04100, México, DF
Tel. 5658-7654 y 5658-7129
www.equidad.org.mx

Elige

Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, AC
Víctor Hugo 89 B Int. 12, Col. Portales Sur
CP 03300, Benito Juárez, México, DF
Tel.: 5609-0390 y 5609-1237
elige@prodigy.net.mx

Gente Joven
Juárez 208, Col. Tlalpan, CP 14000
Tlalpan, México, DF
Tel. 5487- 0030 / Fax 5487- 0042
www.gentejoven.org.mx

GIRE / Grupo de Información en Reproducción Elegida
Viena 160, Col. del Carmen. CP 04100
Coyoacán, México, DF
Tel/Fax: 5658-6684
correo@gire.org.mx / www.gire.org.mx

GIS

Grupo Interdisciplinario de Sexología, AC
Av. Universidad No. 1016 Edif. 11 Depto. 402
Col. Copilco Bajo, 04340, México, DF
Tel.: 5659-2453

Imesex, AC

Instituto Mexicano de Sexología
Tepic 86, Col. Roma Sur, CP 06760, México, DF
Tel/Fax. 5564-2850
consultas@imesex.edu.mx
www.imesex.edu.mx

IPAS México
Concepción Beristegui No. 106
Col. Del Valle, CP 03100, México, DF
Tel. 1107-6969. Fax: 1107-6984
www.ipas.org / Ipas@ipas.org.mx

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, AC
Juan de la Barrera 9, Col. Condesa. CP 06140
Cuauhtémoc, México, DF
Tel/fax: 5553-5512, 5286-1024 y 5286-0840
info@ilsb.org.mx / www.ilsb.org.mx

Mexfam / Fundación Mexicana para la Planificación Familiar
Juárez 208, Col. Tlalpan, CP 14000, México, DF
Tel/fax: 5487-0030
mexinfo@mexfam.org.mx
www.mexfam.org.mx

Red Nacional de Jóvenes por el Derecho a Decidir
Apartado Postal No. 21-264
04021, México, DF
Tel.: 5554-5748 Ext. 13
Fax: 5659-2843

Sipam

Salud Integral para la Mujer, AC
Vista Hermosa 89, Col. Portales
CP 03300, Benito Juárez, México, DF
Tel.: 5532-5763
sipam@laneta.apc.org

AGENDA

- *13 de abril*
  Escuela para Promotores Juveniles en Derechos Humanos
  Invita: Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria
  Informes: 5659-6797, ext. 227
  www.derechoshumanos.org.mx

- *20 de abril*
  Foro: Pederastía, agenda pendiente
  Salón Verde, Cámara de Diputados
  9:00 horas
  Convoca: Católicas por el Derecho a Decidir y Grupo Parlamentario del PRD

- *21 de abril*
  Alternativas para ampliar mi panorama erótico
  Taller vivencial. Invita: Caleidoscopia
  Informes e inscripciones: 5601-2892 y 5601-4177.

- ***Servicios de Bienestar en Salud, IAP***
  Ofrece servicios de apoyos psico emocional sin costo a personas afectadas por el VIH y a sus familiares.
  El servicio es anónimo, confidencial y humano. Llama al 5530-5573 durante horas hábiles para solicitar tu cita.

- ***Encuentro Hispanoamericano de Familias por la Diversidad Sexual***
  Septiembre 2007. Montevideo, Uruguay
  Informes: www.familiasporladiversidad.org y en la librería El Armario Abierto:
  Agustín Melgar 25. Col. Condesa
  Teléfono: 5286-0895
  www.elarmarioabierto.com

LETRA & **Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana, AC**

Presenta sus nuevos materiales

Guías de defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida

Cinco títulos disponibles en el sitio web

www.letraese.org.mx

96 por ciento de las empleadas del hogar sin servicios de salud

Las empleadas del hogar, comúnmente llamadas trabajadoras domésticas, sirvientas o, en el peor de los casos, "chachas", pertenecen a un sector extremadamente vulnerable a la violencia de género y a problemas de salud pública como las infecciones de transmisión sexual, dijo a *Letra S* Esther Casanova, psicóloga de la organización civil Centro Interdisciplinario de Mujeres en Atención a la Salud (Cimas).

Las condiciones de vida de estas mujeres son adversas: gran número emigra del campo a la ciudad; la mayoría no tiene un espacio propio, pues a veces viven en un cuartito o en la cocina; un alto porcentaje ha sufrido violencia y abuso sexual desde el ámbito familiar, y otras llegan a lugares adonde las maltratan, no necesariamente física, sino psicológicamente.

Cimas puso en marcha hace unos meses un programa de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino en cien empleadas del hogar del DF, quienes recibieron de forma gratuita dos talleres: "Autoestima" y "Prevención de violencia familiar", y posteriormente se les brindó tratamiento ginecológico.

"Son las primeras que se levantan, las últimas que se van a dormir y las últimas en atenderse. El 96 por ciento no cuenta con servicios de salud. En general, los empleadores no les dan servicio médico, y ellas tienen que atenderse como puedan, a pesar de no contar con el tiempo y recursos económicos suficientes para acudir con un especialista", señaló Casanova.

El proyecto, financiado por la farmacéutica Pfizer, reveló también que 63 por ciento de las empleadas del hogar inició su vida sexual entre los 16 y 25 años de edad; 67 por ciento confesó que sus relaciones sexuales no son placenteras; poco más de la mitad tiene de dos a cuatro parejas sexuales, y sólo 14 de cien usan condón. **(Christian Rea Tizcareño)**

Por la información de calidad sobre el VIH/sida

En respuesta a un artículo de opinión del periodista Ricardo Rocha en el periódico *El Universal*, cuatro destacados médicos mexicanos especialistas en VIH/sida realizan una serie de puntualizaciones sobre la labor ética de informar sobre la infección. El texto fue enviado a la redacción de *El Universal*, medio que publicó una versión editada. Aquí les presentamos el texto completo.

El sida es una enfermedad que mata anualmente a más de tres millones de personas en el planeta. La lucha contra este mal requiere ante todo de una información clara y consistente. Los datos contradictorios sólo ayudan a confundir más a la población y a perder terreno en la lucha contra esta epidemia en cuestiones preventivas y de manejo de los pacientes.

El señor Rocha pretende ahora, después de que en sus programas se dijo que el "sida se cura" y que "el virus de la inmunodeficiencia no existe", convencernos que nunca se pretendió que los pacientes dejaran los medicamentos antiretrovirales o no usaran condón. Que nos expliquen en el marco de la razón, ¿cómo es que si el VIH no existe, como lo afirmó Roberto Giraldo, puede decir que no suspendan los medicamentos antirretrovirales que específicamente actúan para inhibir este virus cuya existencia ellos no aceptan? Igualmente, ¿cómo aceptar promover el uso del condón como medio de prevención del sida cuando no se acepta la existencia de un agente infeccioso como causante del mismo, y menos su transmisión sexual? Apenas estas son dos de muchas de las aseveraciones contradictorias que se dijeron en sus programas y que como médicos especialistas, y responsables de cientos de pacientes, nos parecen de una irresponsabilidad muy grave.

Debemos aclarar, los abajo firmantes no somos pugilistas ni nos prestamos a espectáculos burdos montados en medios de comunicación, cuya intención pareciera más atraer audiencia que informar al público televidente. La intención del grupo de médicos que nos presentamos en su programa fue expresada desde el inicio de éste: aclarar puntos al público sobre la información presentada en los programas previos, que en nuestra opinión vulneran la lucha contra esta epidemia. No es posible discutir lo indiscutible. Nos parecía de enorme relevancia presentar información basada en los conocimientos científicos actuales para disminuir el daño de la desinformación sembrada por sus programas, que ha traído como consecuencia que decenas de pacientes abandonen sus tratamientos, lo que como médicos hemos constatado desde el mes de diciembre en que empezaron a transmitirse.

Señor Rocha, usted, inocente o perversamente, se está prestando a una manipulación de la información de enorme magnitud. El doctor Roberto Stock —a quien usted llama experto en anticuerpos, y quien, de acuerdo al Director del Instituto de Biotecnología de la UNAM, el doctor Carlos Arias, es más bien investigador en serpientes— se atreve a usar información seria en forma por demás falaz. En su último programa, con base en el artículo de la doctora Nancy Padian publicado en el *American Journal of Epidemiology*, en 1997, sobre el riesgo de transmisión del VIH en parejas heterosexuales, afirmó que está probado que el VIH no se transmite por vía sexual. El título de dicho trabajo (no digamos el contenido que por razones de espacio no describimos), "Transmisión heterosexual del VIH en California del Norte: resultados de un estudio de 10 años" es suficiente para darse cuenta que el ser experto en anticuerpos o en serpientes no da capacidad alguna para disertar sobre cualquier otro tema. El señor Rocha no ha mostrado el mínimo asomo de autocrítica y rectificación ante los graves peligros a los que expone a miles de mexicanos a través de sus programas de televisión; esto, a pesar que se le ha advertido a través de diferentes interlocutores.

Por otra parte, le exigimos respeto a las personas que de forma muy valiente le ponen cara a esta epidemia y nos muestran su lucha. A usted le parece tragicómico el testimonial de personas que han sufrido en carne propia los estragos de esta enfermedad. Casos como el de la señora Maggiore son excepcionales y sin duda existen, pero en contrapunto han muerto en el mundo más de 30 millones de seres humanos. La exposición de la señora Maggiore es como el del millonario afortunado que se vanagloria de su suerte frente a la miseria y el dolor de millones de seres hundidos en la pobreza.

Le preguntamos al señor Rocha: ¿Cómo es posible que usted parece indignarse y conmoverse ante la muerte de un niño jornalero, que sin duda es una tragedia, pero le parecen tragicómicos los testimonios presentados en otra cadena televisora sobre el dolor y la angustia del sida? ¿Será que sólo utiliza estos episodios de dolor para incrementar su audiencia, y el dolor de esos padres como el de millones de otros que han visto morir a sus hijos de sida le sean totalmente ajenos y hoy día de poca utilidad para incrementar su *rating*? Le preguntamos a usted, ¿realmente no entiende las consecuencias tan graves de presentar información distorsionada sobre esta pandemia o ya lo convenció Roberto Giraldo, un personaje a quien usted llama infectólogo del Hospital Presbiteriano, y que no es mas que un "técnico de laboratorio" que no tiene a cargo el manejo de pacientes y quien afirma que el VIH no existe simplemente porque "no lo han podido poner en un tubo de ensayo? ".

ATENTAMENTE

Juan Calva, Juan Sierra, Luis Enrique Soto,
especialistas del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán.
Patricia Volkow, *especialista del Instituto Nacional de Cancerología.*
Luis Xochiua, *especialista del Instituto Nacional de Pediatría.*