



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL  
EMBARAZO (ILE)  
UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

## **T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

## **P R E S E N T A**

WENDY MITZI GALICIA ORIHUELA

## **TUTORA PRINCIPAL**

DRA. JULIA DEL CARMEN CHÁVEZ CARAPIA  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, UNAM  
CENTRO DE ESTUDIOS DE GÉNERO-CEG

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, FEBRERO 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## ***Agradecimientos***

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,  
mi segunda casa*

*Al Centro de Estudios de Género  
de la Escuela Nacional de Trabajo Social,  
mi espacio de formación feminista*

*Al Proyecto PAPIIT IN308217  
Una visión prospectiva del Trabajo Social desde la  
Perspectiva de Género: formación e intervención  
Por otorgarme una beca para cursar mis estudios de Maestría*

*Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia, mi tutora*



## ***Dedicatorias***

*A mi familia, mamá, papá, mis hermanas y hermano*

*A Reyna Barrera y Sandra Ponce  
y mis amigas COMUART,  
por su apoyo, entusiasmo, consejos y cariño  
Carmen, Aidé, Janeth, Lucero*

*Con el cariño más sincero a la  
Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia, por  
confiar en mí y darme la oportunidad  
de pertenecer a su equipo de trabajo*

*A todas mis amigas y compañeras del CEG  
Ariana, Jessi, Flor, Marina, Irlanda, Nach, Montse*

*A Daniel por acompañarme y  
Apoyarme siempre, con mucho cariño*

*En especial y con mucho amor a mi madre, por ser feminista sin saberlo y  
darme fortaleza e inspiración para defender los derechos de las mujeres*

*Por el derecho a decir de las mujeres sobre su cuerpo y proyecto de vida,  
a todas aquellas que mueren por no tener la oportunidad  
de acceder a un aborto legal y seguro*



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN _____	11
Capítulo 1	
La Teoría Feminista y sus categorías de análisis _____	19
1.1 Teoría Feminista _____	20
1.2 Orden patriarcal _____	26
1.2.1 Opresión sexual _____	27
1.3 Perspectiva de Género como Herramienta Metodológica _____	29
1.4 Trabajo Social con Perspectiva de género _____	32
1.5 Intervención desde Trabajo Social con Perspectiva de Género _____	34
Capítulo 2	
Construcciones socioculturales en torno al cuerpo, maternidad y el aborto _____	37
2.1 Cuerpo y religión _____	37
2.2 La maternidad como símbolo de la feminidad _____	41
2.3 Maternidad, rol de género _____	43
2.4 Cuerpo y aborto _____	46
Capítulo 3	
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos _____	49
3.1 Cuerpo y derechos sexuales y reproductivos _____	49
3.2 Salud sexual vs salud reproductiva _____	52
3.3 Marco Internacional de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos _____	57
3.3.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos _____	59
3.3.2 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) _____	61
3.3.3 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994 _____	62
3.3.4 La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing _____	64
3.3.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible _____	66
3.4 El aborto ante los derechos sexuales y reproductivos _____	67
Capítulo 4	
El servicio de la ILE, a diez años de la despenalización _____	72

4.1 Despenalización del aborto en la Ciudad de México _____	72
4.2 Artículo 4° y Código Penal Federal _____	74
4.3 Código Penal para el Ciudad de México _____	80
4.4 Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, en la Ciudad de México _____	82
4.5 Descripción del servicio ILE en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de México _____	84
4.5.1 Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México donde se ofrece el Servicio ILE	85
4.5.2 Gratuidad del servicio y cuota de recuperación	88
4.6 ILE Después de las 12 semanas de gestación _____	88
4.7 Objeción de conciencia en el personal médico _____	89
4.8 Tiempo de atención para realizar el procedimiento _____	91
 Capítulo 5	
Trabajo Social en el Servicio de la ILE _____	92
5.1 Actividades de Trabajo Social de acuerdo el marco normativo la Secretaria de Salud _____	93
5.1.1 Referencia y Contrarreferencia	93
5.1.2 Acceso gratuito	96
5.1.3 Consejería sobre salud sexual y reproductiva	97
5.2 Metodología _____	98
5.3 Personal de Trabajo Social en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva _____	99
5.4 Contacto con las Instituciones de Salud para la investigación _____	103
5.5. ¿Cómo son las clínicas públicas del Servicio de la ILE? _____	104
5.5.1 Hospital Materno Infantil Tláhuac	104
5.5.2 Hospital Enrique Cabrera	106
5.5.3 ¿Cómo es el consultorio médico donde se realiza la ILE?	108
5.6 Análisis de los resultados de investigación _____	110
5.6.1 Funciones y Actividades de las Trabajadoras Sociales	111
5.6.1.1 Procedimiento administrativo _____	111
5.6.1.2 Formatos que utiliza Trabajo Social _____	114
5.6.1.3 Procedimiento para interrumpir el embarazo _____	116
5.6.1.4 Otras actividades de Trabajo Social _____	117
5.6.1.5 Trabajo Social dentro de la Consejería _____	118
5.6.1.6 ¿Qué hay detrás de interrumpir un embarazo? _____	120

5.6.1.7 Canalización	122
5.6.2 Atención a las usuarias dentro del Servicio ILE	125
5.6.2.1 Características de las usuarias	125
5.6.2.2 Preguntas frecuentes de las usuarias	128
5.6.2.3 Utilidad de la consejería	129
5.6.2.4 Atención en casos de violación	132
5.6.2.5 Identificación de casos de reincidencia	134
5.6.3 Capacitación de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE	137
5.6.3.1 Instituciones que ofrecen la capacitación y periodicidad.	138
5.6.3.2 Importancia de la capacitación	138
5.6.3.3 Temas que se ofrecen en la capacitación	140
5.6.4 Percepción y experiencia de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE	143
5.6.4.1 ¿El Servicio ILE cumple con su objetivo?	144
5.6.4.2 Función de Trabajo Social en el Servicio ILE	147
5.6.4.3 Autovaloración de la participación de Trabajo Social en el Servicio ILE	149
5.6.4.4 Percepción de la participación de Trabajo Social en el servicio	151
5.6.4.5 Significado del Servicio ILE para las trabajadoras sociales	153
5.6.4.6 Recomendaciones al Servicio ILE	154
CONCLUSIONES	156
Bibliografía	167
Bibliografía Electrónica	169
ANEXOS	173



## INTRODUCCIÓN

El fenómeno del aborto<sup>1</sup> es un hecho social que puede afectar a las mujeres; debido a que cuando no existe voluntad de los Estados para legislar en favor de su despenalización, se violan los derechos humanos, el derecho a decidir sobre el cuerpo y el proyecto de vida, así como los derechos sexuales y reproductivos, pero sobre todo se pone en riesgo la vida de las mujeres cuando practican el aborto en condiciones inseguras.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte de *Saving mothers' lives* (2015), lista entre las causas de muerte de las mujeres a nivel internacional: las hemorragias graves provocadas por aborto clandestino con el 27%, complicaciones de un aborto con el 8%, coágulos de sangre (embolias) con el 3%; lo que refleja que al menos el 38% que agrupan las tres primeras causas, se vinculan con la falta de responsabilidad de los Estados por legislar en favor de la vida de las mujeres.

El aborto puede responder a múltiples historias de vida, contextos y situaciones de desigualdad, ninguna mujer está exenta de recurrir a él, porque hay diferentes situaciones que inciden en un embarazo no planeado y/o no deseado, por ello es necesario que los Estados protejan la vida de las mujeres, pero además garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a través de educación para la sexualidad y reproducción, así como ofrecer fácil acceso a métodos anticonceptivos y herramientas de planificación familiar.

---

<sup>1</sup> Para la presente investigación se utilizarán los términos *aborto* e *interrupción del embarazo* en diferentes momentos, el primero refiere al fenómeno social que puede causar la muerte de mujeres que no cuentan con procedimientos médicos seguros y legales para interrumpir el embarazo; se emplea el término en una primera parte del trabajo para referir al hecho de renunciar a la maternidad. El segundo término *interrupción del embarazo*, remite a las condiciones que provee el Estado a través de servicios de salud para asegurar que las mujeres no pongan en riesgo su vida cuando deciden interrumpir su embarazo, se vincula con la legalidad del hecho y con la nomenclatura que se utiliza actualmente para señalar la interrupción legal del embarazo, ILE.

En México, la interrupción del embarazo como problemática social fue visible después de que un gran número de mujeres perdió la vida y/o afectó su salud por interrumpir su embarazo de forma clandestina y sin condiciones de salubridad. Dentro del país el aborto es un delito con causales de exclusión de responsabilidad penal o de no punibilidad bajo ciertas condiciones y varían en cada lugar; es decir, cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito o no. Esto provoca una situación de discriminación jurídica, ya que las mujeres tienen más o menos derecho a interrumpir un embarazo de acuerdo con su lugar de residencia (GIRE, 2015:57).

La creación de leyes y servicios de salud por parte del Estado que aseguren a las mujeres poder interrumpir un embarazo de forma segura, no significa que las mujeres estén obligadas a interrumpir; con las medidas legales se asegura que las mujeres no pongan en riesgo su vida y salud cuando deciden no continuar con su embarazo, además de no ser sancionadas jurídicamente al abortar y por tomar una decisión sobre su cuerpo.

La Ciudad de México es la única entidad del país donde se ha conseguido la interrupción legal del embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación para todas las mujeres que voluntariamente lo soliciten, y hasta las 20.6 semanas para casos específicos, a través de las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de México, donde se encuentra el Servicio de la Interrupción del Embarazo (ILE)<sup>2</sup>, que ofrece la oportunidad de interrumpir un embarazo de forma segura para las mujeres, por ello se considera un logro en favor de la vida de las mujeres y sus derechos.

Según datos de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México, en los últimos 10 años 174.113 mujeres interrumpieron su embarazo en la Ciudad de México. De estas, el 28.8% (50.185) procedían del Estado de México, seguido por estados como Puebla, Hidalgo, Morelos, Jalisco, Querétaro, Michoacán, Veracruz y Guanajuato (Gamboa, s/p. 2014).

Al menos la mitad de las mujeres que practica una ILE no pertenecen a la entidad federativa, y en sus lugares de residencia no se considera la posibilidad de reformar las leyes en favor de la legalización del aborto. En México, en fechas recientes el mecanismo de acceso a la interrupción del embarazo de forma legal se ha conseguido a través de la movilización geográfica hacia el centro del país, por ello se busca que las mujeres gocen del mismo derecho

---

<sup>2</sup> En lo siguiente se utilizará la sigla ILE para referir la interrupción legal del embarazo.

sin importar el lugar de residencia, es decir, que un derecho no esté limitado por la zona geográfica, y tampoco que sólo se acceda a él en casos de violación; la decisión de interrumpir un embarazo es un derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo, y apropiarse de él con autonomía forma parte del derecho humano a la libertad, que se vincula con la libertad, autonomía sobre el proyecto de vida y maternidad elegida.

A más diez años de la apertura del Servicio ILE, es necesario conocer y valorar cómo se lleva a cabo para garantizar su desarrollo en condiciones favorables y con calidad para las mujeres que acceden a él. Generalmente el servicio ha medido su impacto y eficiencia a través de cifras, números estadísticos que muestran la cantidad de mujeres que acceden, el tipo de procedimiento que se practican, edades, lugar de procedencia e incluso el tiempo de gestación de las usuarias; pero poco se habla de lo que sucede al interior de las clínicas y del personal que pone en marcha el servicio.

Responder a la pregunta de investigación *¿Cómo interviene el Trabajo Social en el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo desde la perspectiva de género en la atención con las mujeres?* Remite a buscar información desde la experiencia de las profesionales de Trabajo Social que se encuentran activas dentro de los hospitales del sector público que brindan el servicio, y situar como referente la atención que ofrecen a las mujeres que acuden diariamente, es decir, indagar sobre el momento de contacto con la usuaria, para conocer qué sucede en ese espacio y poder identificar elementos que permitan analizar la práctica profesional dentro de este servicio que guarda múltiples posturas, creencias e incluso estigmas en la sociedad actual.

Para el análisis de esta investigación se parte de la perspectiva de género como una herramienta que permite develar las construcciones culturales que afectan el fenómeno del aborto, se identifican elementos como; el estigma, pecado y delito ligado a las creencias religiosas que interfieren en su despenalización. Del mismo modo se atienden temas que bajo este enfoque luchan por reposicionar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para lograr que accedan a la interrupción de forma legal, y no pongan en riesgo su vida y salud. Bajo esta perspectiva que no sólo es útil para leer el fenómeno social del aborto como un elemento fundamental de la investigación, se analiza el ejercicio profesional de las

trabajadoras sociales para conocer cómo ponen en práctica esta herramienta en su quehacer profesional y despliegan empatía ante las diversas situaciones que presentan las usuarias.

Para realizar la presente investigación previo al trabajo de campo, se partió de la tesis que las trabajadoras sociales contaban con herramientas suficientes para atender con perspectiva de género a las usuarias, además de conocimientos bastos sobre derechos sexuales y reproductivos, así como de salud sexual; porque este servicio es imprescindible para salvar la vida de las mujeres y hacer sustantivos sus derechos, sin embargo, al conocer de forma empírica cómo se lleva a cabo el servicio esta tesis fue refutada, puesto que las profesionales en trabajo social no identifican la perspectiva de género como herramienta metodológica, e incluso desconocen el término. Por otro lado, fue posible identificar algunas acciones que sin plantarse propiamente desde esta perspectiva hacen posible a las usuarias acceder de forma menos complicada al procedimiento, y si bien las trabajadoras sociales no logran leer desde el género las problemáticas que presentan las usuarias, hacen lo posible por atenderlas considerando sus características particulares para lograr que la ILE sea un proceso de cambio en la vida de las mujeres.

Desarrollar investigación académica hace posible generar conocimiento que contribuya a la defensa los derechos de las mujeres y se reduzcan las cargas morales conservadoras e influencias religiosas, que afectan negativamente el avance en materia legislativa en favor de la despenalización del aborto. Es importante que desde la investigación se propongan herramientas para la atención de las mujeres, y se contemple a quienes ponen en marcha el Servicio ILE para contribuir, desde la academia a la solución de un problema que está presente y sigue afectando la vida de las mujeres, por ello, esta investigación tiene por objetivo general:

— Analizar la intervención del Trabajo Social en el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo, desde la perspectiva de género en la atención con mujeres.

*Como objetivos específicos busca*

— Identificar las actividades que contribuyen al desarrollo del servicio.

— Estudiar el rol de trabajo social en el procedimiento del servicio ILE.

— Analizar las experiencias prácticas de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE, desde la perspectiva de género.

### *La pregunta de investigación*

- ¿Cómo interviene el Trabajo Social en el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo desde la perspectiva de género en la atención con las mujeres?

### *Se parte del supuesto de investigación:*

- Si se analizan los procesos y acciones de intervención del Trabajo Social desde la perspectiva de género en la atención del Servicio de la Interrupción Legal del Embarazo, se podrán establecer medidas que mejoren la atención solicitada por las mujeres.

Para responder a los elementos mencionados se parte de un análisis cualitativo de tipo descriptivo-analítico, que utiliza como herramienta la entrevista en profundidad para obtener información sobre las funciones y actividades de trabajo social, su rol dentro del servicio ILE, así como retomar sus experiencias e incluso anécdotas para realizar un análisis de la intervención profesional. Por otro lado, se desarrolla la búsqueda de información documental respecto al tema para establecer un marco teórico-referencial que parte de la Teoría Feminista y la perspectiva de género para ubicar el papel de la mujer en el fenómeno del aborto y a partir de este eje leer la problemática de investigación.

Los espacios donde se ofrece el Servicio ILE son hospitales, clínicas y centros de salud del sector público distribuidas en diferentes puntos de la Ciudad de México, que cumplen otras funciones y atienden diferentes poblaciones, por ello, es preciso conocer cómo se lleva a cabo el servicio y valorar las condiciones en que se encuentra. En la mayoría de los casos, cuando no se realizan evaluaciones continuas ni investigación sobre el tema, los servicios se deterioran y en ocasiones se eliminan, por ello, no se debe dejar al olvido situaciones como la revisión y evaluación continua, ya que la Ciudad de México es la única entidad federativa que permite la interrupción del embarazo sin restricción.

El trabajo de investigación se organiza de la siguiente forma:

El Capítulo 1 corresponde a La Teoría Feminista y sus categorías de análisis como marco teórico de la investigación, donde se desarrolla el género y el orden patriarcal, así como la opresión sexual; en segundo momento se ubica la perspectiva de género como herramienta metodológica para leer desde una mirada crítica las problemáticas sociales de las mujeres, en específico las que afectan sus derechos sexuales y reproductivos; sobre esta lógica se vincula el trabajo social con la perspectiva de género, para exponer cómo esta herramienta de análisis enriquece la función profesional. Como último elemento se describen algunas líneas que vinculan la intervención con perspectiva de género en la actividad profesional.

El Capítulo 2 sobre las construcciones socioculturales en torno al cuerpo, maternidad y el aborto se analizan desde la teoría feminista y la perspectiva de género, las construcciones socioculturales que influyen en el estigma social del aborto y afectan la vida de las mujeres para ejercer sus derechos de forma libre, desarrollar un proyecto de vida y tomar decisiones libres sobre su cuerpo. Se desarrolla un análisis sobre el cuerpo y religión, la maternidad como símbolo de la feminidad, la maternidad como rol de género, el cuerpo y el aborto. Los temas antes mencionados se desglosan para enmarcar el fenómeno del aborto como una situación social donde se involucran diferentes elementos de la cultura como las creencias religiosas, mitos y símbolos que de forma directa afectan los derechos humanos de las mujeres y el avance de la legislación que los protege.

El Capítulo 3 corresponde a los derechos sexuales y derechos reproductivos, se presenta el marco legal que desglosa el panorama internacional normativo que protege los derechos de las mujeres, así como las convenciones internacionales y regionales desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994 como la concreción de los derechos sexuales y reproductivos, además de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing 1995, para exponer los objetivos del Desarrollo Sostenible 2015 y dar paso a un análisis sobre el aborto ante los derechos sexuales y reproductivos.

El Capítulo 4 comprende el servicio de la ILE, a diez años de la despenalización en la Ciudad de México, se puntualiza el logro del servicio sobre un recorrido histórico de la despenalización del aborto, retoma el marco legal nacional como el Artículo 4° y Código Penal para el Distrito Federal<sup>3</sup> para mostrar la regulación del aborto en el país, en este orden de ideas, se exponen las actualizaciones legales del servicio como la interrupción voluntaria del embarazo IVE en la Ciudad de México, para continuar con la descripción del servicio ILE en las clínicas de salud sexual y reproductiva, se ofrece información sobre éstas, la gratuidad del servicio y cuota de recuperación; el procedimiento de la ILE después de las 12 semanas de gestación y hasta las 20.6 semanas, la objeción de conciencia en el personal médico y el tiempo de atención para realizar el procedimiento, todo con base en Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la ILE.

El Capítulo 5 Trabajo Social en el Servicio de la ILE desarrolla en tres momentos, el primero: la descripción de las actividades con base en el *Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas*, se abordan las funciones del personal de trabajo social en las clínicas de salud sexual y reproductiva y se desglosa cada una con la finalidad de mostrar lo que se establece la norma.

En un segundo momento, se retoma mi experiencia como investigadora; se describe cómo se hizo contacto con las instituciones de salud para la investigación, y se narra cómo son las clínicas públicas del servicio de la ILE a través del acercamiento durante la investigación. En un tercer momento dentro de este capítulo se aborda el trabajo de campo de la investigación, sobre temas como: las funciones y actividades a través de la narrativa de las trabajadoras sociales, donde se expone en qué consiste la atención a las usuarias, la capacitación que reciben, su percepción y experiencia en el servicio ILE.

Este capítulo responde a los objetivos específicos de la investigación: Identificar las actividades que contribuyen al desarrollo del servicio; desde lo que presentan los documentos oficiales normativos, así como la experiencia de las trabajadoras sociales. Estudiar el rol de trabajo social en el procedimiento del servicio ILE, sobre las entrevistas realizadas se ubica

---

<sup>3</sup> En el año 2016 por acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, cambia la denominación de Distrito Federal por Ciudad de México en todo su cuerpo normativo, a forma de homologar el presente trabajo se referirá en todo momento como Ciudad de México, aunque sigue vigente el nombre de Distrito Federal en algunos documentos retomados para esta investigación.

el rol de la profesión para poner en marcha el servicio; finalmente, se analizan las experiencias prácticas de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE desde la perspectiva de género, es decir, se retoman las anécdotas de las trabajadoras sociales para saber si conocen y ponen en marcha esta herramienta.

Finalmente se presentan las conclusiones que abordan elementos del análisis de las experiencias de las trabajadoras sociales, incluye propuestas que giran en torno a la mejora del servicio a través de la evaluación con base en un indicador que se propone como referente para medir el cumplimiento del objetivo del servicio, se presentan algunas recomendaciones dirigidas a la función de las trabajadoras sociales, todo con base en la experiencia obtenida y sobre el marco teórico establecido.

# Capítulo 1

## **La Teoría Feminista y sus categorías de análisis**

El capítulo comprende elementos sobre la Teoría Feminista y sus categorías de análisis como el eje teórico-metodológico de la presente investigación, se desglosan elementos como: la categoría de género, la perspectiva de género, el orden patriarcal y la opresión sexual, como ejes que permiten estudiar y analizar los fenómenos sociales para develar las estructuras de poder que llevan a la desigualdad e injusticia de las mujeres; en específico se retoma para plantear los elementos socioculturales inmersos en el fenómeno del aborto, que afectan su despenalización y la toma de decisiones de las mujeres sobre sus cuerpos,

Estos elementos de la Teoría Feminista y sus categorías hacen posible analizar el aborto a la luz de la situación que viven las mujeres históricamente, así como ubicar la conquista de sus derechos humanos bajo movimientos político sociales que se encuentran en pugna frente al *status quo*, se encuadra como marco teórico de esta investigación para leer este fenómeno social que afecta la vida de las mujeres. En un segundo momento se presenta la Perspectiva de Género como herramienta para Trabajo Social y su intervención con perspectiva de género, para exponer la teoría como un instrumento que enriquece la práctica profesional y permite leer las diferentes problemáticas que afectan a las mujeres.

## 1.1 Teoría Feminista

Como teoría crítica surge de diversos movimientos de mujeres en la sociedad civil para visibilizar la situación de injusticia, desigualdad y violencia que persiste en nuestros días. Se concreta como marco teórico-conceptual gracias al desarrollo del feminismo en la academia, mismo que inició con los estudios de mujeres, para analizar los diversos mecanismos de poder que llevan a la desigualdad entre los sexos, pone en el centro de la discusión el acceso a la igualdad en derechos, oportunidades y condición de las mujeres con relación a los hombres; esta teoría permite visualizar, estudiar y explicar la situación de opresión que se traduce en desigualdad e injusticia dentro del ordenamiento social, se enfoca en analizar la condición de las mujeres debido a que históricamente están en desventaja.

Abordar temas emergentes desde este marco teórico-conceptual involucra poner de manifiesto las brechas de desigualdad que existen, es un medio para denunciar las situaciones de injusticia y violencia en contra de la mujer, de manera análoga significa avanzar en el estudio de temas viejos desde una nueva perspectiva y enfoque crítico, así como cuestionar y deconstruir los supuestos que se adoptaron como verdaderos y universales, pero que surgen de una lógica masculina de dominación que no contempla el punto de vista femenino para su desarrollo. Hace posible la conquista y permanencia de los derechos de las mujeres, y aporta a la generación de conocimiento para lograr la igualdad.

El centro de su reflexión es la explicación de la multiplicidad de factores que se concatenan para sostener la desigualdad entre mujeres y hombres basada en el género, la cual está presente en todos los ámbitos de desempeño de las personas que formamos parte de sociedades marcadas por la dominación patriarcal, además se trata de una elaboración que reconoce ampliamente su intencionalidad: contribuir, desde el pensamiento complejo e ilustrado, a la erradicación de dicha desigualdad a través de la generación de conocimientos que permitan concretar el proyecto emancipatorio de éstas (Castañeda, 2008).

La Teoría Feminista además se considera un movimiento político, debido a las demandas que despliega a partir del estudio de la condición de la mujer, da cuenta de las problemáticas que enfrentan y las muestra como construcciones históricas donde existe opresión a través de diversos mecanismos institucionales como la familia, la religión, la cultura y el Estado. Esta teoría expone en el ámbito público situaciones que se mantenían invisibles en lo privado, es decir, la familia y el hogar, en consecuencia se naturalizaba la condición de las mujeres, sin contemplar que situaciones como la violencia, desigualdad,

abuso y explotación, no son hechos aislados, por el contrario, son fenómenos presentes en toda la sociedad, consecuencia de la estructura patriarcal que reproduce la opresión de las mujeres, exponer este contexto en el ámbito público lo vuelve un asunto político.

El feminismo ubica a la mujer como sujeta de derechos en el espacio político donde participa, manifiesta sus demandas y necesidades, a través de la apropiación del espacio público, donde antes se le relegaba, cuestiona el orden establecido en la estructura social, y busca transformar la realidad y condiciones de las mujeres, a través de la igualdad, equidad, libertad, autonomía y emancipación.

[...] el feminismo coincide con otros movimientos sociales, ya que, como han puesto de relieve los nuevos enfoques, los movimientos no se explican sólo como respuestas colectivas a conflictos manifiestos o desigualdades estructurales, sino que buena parte de su sentido y acción se dirige a mostrar, a hacer explícito o visible ese conflicto para la opinión pública (Álvarez, 2003:131).

La Teoría Feminista se nutre a partir de la contribución del activismo político de las mujeres, porque retoma sus demandas, y a partir de un cuerpo conceptual estudia los problemas, por tanto, se encuentra en construcción dialéctica, lo que hace posible el fortalecimiento de áreas de conocimiento que aportan al estudio de la situación de las mujeres para mejorar y cambiar los patrones hegemónicos dominantes. No es una teoría acabada, sin embargo, ha desarrollado diversas herramientas teórico-metodológicas para generar conocimiento, por ello, partir de la Teoría Feminista para desarrollar investigación o análisis de problemáticas sociales requiere un compromiso ético y político con la situación de las mujeres, para desplegar acciones de justicia e igualdad.

Este referente teórico se ha desarrollado en diferentes momentos que se preocupan por estudiar desde diversos puntos de análisis las problemáticas de las mujeres, existen corrientes dentro del feminismo como; la marxista que considera clase y la función reproductiva de las mujeres como dos elementos que llevan a la desigualdad en relación con los hombres, se enfoca en analizar la estructura patriarcal capitalista que lleva, a través de diferentes mecanismos a la violación de derechos y explotación de las mujeres.

Esta teoría se retoma para la presente investigación con la finalidad de mostrar la penalización del aborto dentro de una cultura patriarcal que produce la criminalización de mujeres cuando por diversos motivos toman la decisión de abortar; bajo esta teoría se muestra

la violación de sus derechos humanos e imposición de la maternidad sobre su proyecto de vida; esta corriente teórica ayuda a entender que la condición de las mujeres se relaciona con su naturaleza reproductiva, lo que lleva a su opresión sexual, porque existe una construcción ideológica respecto a la maternidad, además, propone que la base de la sexualidad humana se construye sobre la heterosexualidad para asegurar la reproducción, en este sentido la función reproductora se vuelve un medio de control para las mujeres.

Sobre la función de reproducción que recae sobre la mujer, se desprenden distintas formas de opresión, donde la mujer ofrece la mercancía de más valor para la sociedad, porque es el origen de la fuerza de trabajo debido a su capacidad reproductiva, que la lleva a desarrollar otras formas de trabajo que no son reconocidas y la explotan, como el trabajo productivo que desarrollan a través del cuidado de los miembros de la familia, y que permite establecer condiciones para que *otros*, generalmente los hombres, contribuyan al trabajo remunerado, es decir, las mujeres generan valores de uso y no de cambio.

En esta corriente del feminismo retoma la teoría marxista para deconstruirla bajo elementos que reinterpretan las formas de explotación, Christine Delphy como una teórica representante de esta corriente analiza las desigualdades de género; retoma el materialismo histórico como un referente para releer la condición de las mujeres bajo los supuestos del marxismo y propone:

No se trata de añadir el análisis materialista de la opresión de las mujeres, al de la opresión de los proletarios como lo hizo Marx. El análisis materialista de la opresión de las mujeres modificara internamente el análisis materialista de la explotación capitalista (Portolés, 2007).

Explica que el marxismo deja de lado la condición de las mujeres, y no considera las formas de explotación que ellas sufren como la obligatoriedad de la reproducción y el trabajo productivo que realizan para el cuidado de los miembros de la familia, pero cuando se toma en cuenta su papel en la explotación social, ellas son las más afectadas, incluso por debajo de los esclavos negros, por su condición de sexo que las mantiene por debajo de los hombres. *Mientras el asalariado vende su fuerza de trabajo, la mujer casada la regala* (Portolés, 2007). Por tanto, la mujer está en desventaja por el matrimonio que la ubica como propiedad del *otro*, al que ofrece exclusividad y gratuidad de su trabajo, lo que la vuelve sirvienta y esclava del hombre.

Por otro lado, la familia es el espacio producto del matrimonio, y se constituye como institución social y económica, donde la mujer, sobre imposiciones, desarrolla todos los procesos necesarios para que sus integrantes contribuyan a los modos de producción; por ello, la condición de reproducción biológica de las mujeres asegura para la estructura patriarcal la supervivencia de la producción doméstica, lo implica su dominación como clase (Christine Delphy en Portolés, 2007).

Tomar esta corriente del feminismo para el tema de la interrupción del embarazo, sirve como referente para entender que *la capacidad reproductora constituye la primera fuerza de trabajo origen de toda la vida y de la sociedad humana, la posibilidad de la existencia material y de la creación de la superestructura* (Falcón en Portolés, 2007), y en ese sentido se regula la posibilidad para las mujeres de elegir sobre su cuerpo, decidir sobre la maternidad con la posibilidad de interrumpir un embarazo.

La Teoría Feminista proporciona un referente para estudiar la interrupción del embarazo, a partir de sus categorías de análisis se pueden comprender las desigualdades e injusticias que afectan a la mujer en cuanto a la toma de decisiones sobre su cuerpo, proyecto de vida y el ejercicio de sus derechos humanos, en especial los sexuales y reproductivos; retomar este marco teórico-analítico desde la disciplina del Trabajo Social, permite nutrir el trabajo de intervención que se desarrolla con mujeres, además de ampliar el enfoque para el análisis de la problemáticas sociales.

Por otra parte, el género como categoría de análisis, surge del desarrollo de la Teoría Feminista y es un elemento que permite estudiar, a través del ordenamiento social jerárquico, diversos fenómenos sociales, culturales y psicológicos, las relaciones de poder y dominación que mantienen en desventaja a las mujeres. Se sitúa dentro de las construcciones sociales que le dan una carga simbólica, imaginaria y subjetiva a cada sexo dentro del ordenamiento social, y a partir de ello surgen diferencias que llevan a desigualdades e injusticias.

Los significados que perpetúan cada sexo son ideas construidas de lo que simboliza ser mujer y hombre en una cultura y tiempo determinados, así se impone el género femenino como construcción social para las mujeres y el género masculino para los hombres, a partir de la diferencia anatómica en un cuerpo sexuado, que tiene respectivamente una carga social

a la que debe responder, dentro de una estructura patriarcal de dominación, ya que el género es un modo de organización social que contribuye a sostener y reproducir dicha estructura.

La categoría de género evidencia la construcción cultural de las jerarquías entre hombres y mujeres, hace posible el estudio de las mismas a través del análisis de los ordenamientos sociales dominantes, para hacer visible cómo esas construcciones repercuten en la vida social, en la cultura, en los mitos y las representaciones donde nos desarrollamos y aprendemos a través de procesos socioeducativos la construcción del género, que se interioriza de tal forma que las personas lo suponen como natural consecuencia de su biología y se mantiene incuestionable.

El género devela las posiciones construidas a partir de la diferencia sexual, en consecuencia, se establecen jerarquías que posicionan a cada sexo en estratos del campo social, y asignan en este sentido, atributos desiguales que se imponen a cada uno y se naturalizan, donde los privilegios favorecen a lo dominante, los hombres o lo masculino. No existe un solo género femenino o masculino, son construcciones dinámicas y cambiantes de acuerdo con los contextos, el tiempo, la cosmovisión de ser hombre y mujer en cada cultura. *Los géneros son históricos, y en ese sentido son producto de la relación entre biología, sociedad y cultura, y por ser históricos devienen y presentan una enorme diversidad* (Lagarde, 2005:177).

Existen variantes en los atributos impuestos para hombres y mujeres, el valor que se otorga a cada género es diferenciado, sin embargo, lo que se mantiene constante es la relación jerárquica, que deja en desventaja a uno de los sexos. Hay diferencias en las características que se asignan a los géneros de acuerdo con cada cultura, la constante es la relación de poder que privilegia los atributos masculinos; entonces se puede decir que el género legitima y construye las relaciones poder de las culturas.

Cada persona incorpora de forma heterogénea las características que le dan identidad de acuerdo con su género, se apropia de ellas a través de su historia de vida, educación, contexto, relaciones personales y en función de la utilidad que convenga para adaptarse al modelo social y cultural, cabe resaltar que estas incorporaciones no son neutras, porque se encuentran delimitadas bajo marcos reguladores que necesariamente se desprenden de una macroestructura de dominación.

[...] con el desarrollo del concepto de género, tres cosas se volvieron posibles: primera, la reunión en un sólo concepto de las diferencias entre los sexos, que se pueden atribuir a la sociedad y a la cultura [...] Segunda, la posibilidad de visibilizar la existencia de un principio singular de ordenamiento jerárquico de las prácticas sociales (el género). Tercera, la relación que tiene este principio ordenador con otros sistemas de dominación, jerarquía y desigualdad, como la clase, la etnicidad, la raza y la orientación sexual (Arango, 2011:147).

El género interactúa dentro de la estructura social con otros mecanismos que pueden acentuar las desigualdades, el factor económico, la clase social, color de piel, edad, entre otras, son características que afectan el acceso a recursos, oportunidades y justicia de forma diferenciada no solo con respecto al género, también de acuerdo con las condiciones de vida. El género por sí mismo no es un factor de desigualdad, aunque si guarda una estrecha relación con las condiciones de desventaja por pertenecer a un sexo. Estudiar el género de forma aislada sin contemplar las condiciones sociales, da pocos elementos para comprender las situaciones de desventaja que surgen cuando se nace hombre o mujer, sin embargo, entrelazar esta categoría con otras, hace posible estudiar holísticamente las situaciones de desigualdad.

Esta teoría y sus categorías permiten el análisis de la problemática expuesta e identifica los diferentes actores que intervienen en el ejercicio de los derechos de las mujeres, también enmarca el avance logrado de forma concreta en la Ciudad de México para despenalizar el aborto y reconocer los derechos sexuales y reproductivos. Para la disciplina de Trabajo Social este referente aporta a leer su práctica profesional y nutrirla bajo una mirada crítica, que permita situar su papel profesional ante un servicio que ofrece una oportunidad de vida para las mujeres.

## 1.2 Orden patriarcal

Surge del análisis feminista que retoma elementos del marxismo para identificar la condición de la mujer en el origen de sistemas económicos como el capitalismo, *el enfoque desarrollado creó categorías y procuró explicaciones sobre su génesis a partir de la concepción materialista de la historia* (Lagarde, 2005: 88) lo que permitió explicar el origen y desarrollo del patriarcado como un sistema de dominación, que oprime a la mujer a través de diversos mecanismos e instituciones que se legitiman y naturalizan a través de la historia como rectores de la vida social, donde las mujeres y hombres toman valores desiguales.

Teóricas feministas como Alejandra Kollontai, consideran la articulación entre la propiedad, familia y el Estado como la base del patriarcado que da cuenta de diversas formas de opresión hacia la mujer a través del orden jerárquico del capitalismo y la división sexual del trabajo. En consecuencia, las mujeres están subordinadas y oprimidas bajo una estructura que las define como objetos propiedad del *otro*, con roles asignados como la maternidad y el ser amas de casa dentro del espacio privado y al servicio de *los otros*.

[...] al dividir a la humanidad en dos grupos y al asignar a uno de ellos el dominio del otro en virtud de una prerrogativa natural, el orden social corrobora un sistema de opresión que moldea y corrompe todas las relaciones humanas, así como todos los aspectos del mundo, del pensamiento y la experiencia (Millet, 1970: 88).

El sistema patriarcal define a las mujeres y las construye a través del sistema hegemónico que desprende múltiples formas de desigualdad, se apoya de instituciones como la familia, el Estado, la Iglesia, la escuela y medios de comunicación que a través las creencias e imaginarios sociales, educa y forma a las mujeres bajo marcos estructurales, roles y estereotipos culturales para responder a sus intereses y mantener su estatus *quo*.

La opresión de la mujer es significativa asimismo en la transmisión de las normas políticas de la sociedad y la cultura, en la posibilidad de acumular privilegios y descargar de ciertas ocupaciones a quienes dirigen y destruyen a las sociedades. La opresión patriarcal de las mujeres es genérica, es decir, las mujeres son oprimidas por el hecho de ser mujeres, cualquiera que sea su posición de clase, su lengua, su edad, su raza, su nacionalidad, su ocupación. En el mundo ser mujer es ser oprimida (Lagarde, 2005: 97).

Este mecanismo intersecciona con categorías que afectan de forma diferenciada a las mujeres y lo femenino, acentúan la desigualdad, ya sea, por el color de piel, nivel socioeconómico, preferencia sexual y edad, entre otras. Para el caso de la interrupción del

embarazo, el lugar de residencia de las mujeres las criminaliza porque de acuerdo con el avance de cada entidad federativa en materia legal, sobre los diversos agravantes que se imponen a la interrupción del embarazo, las mujeres son oprimidas a través de sus cuerpos y proyectos de vida, cuando no tienen la oportunidad de decidir en libertad, es decir no son sujetas de derechos, sino objetos pendientes de la legislación patriarcal.

### **1.2.1 Opresión sexual**

Sobre esta línea, es importante que la disciplina de trabajo social identifique que la construcción de las personas se genera en función de la biología dentro del sistema patriarcal, que se basa en leyes naturales que rigen los cuerpos y construyen sujetos con identidad sobre funciones básicas como la reproducción, y a través de sistemas normativos como la heterosexualidad, lo que afecta la protección de los derechos de las mujeres en especial, porque esta forma de organización impide mirar otras formas de vida y sus problemáticas. Para la ideología dominante la sexualidad es un medio para la reproducción biológica de la especie, parte de la base de que la sexualidad humana es solamente heterosexual y por naturaleza sirve para fecundar, cuando lo cierto es que existe una socialización que dirige a los individuos a una relación determinada (heterosexual de tipo coital) (Amorós,2007:118).

El sistema de dominación patriarcal busca mantener a la mujer dentro del esquema de la naturaleza sexual, en tanto que es inmutable y verdadero aquello que se desprende de la biología, las funciones corporales para las mujeres son las que definen su ser, y modo de estar en la sociedad. La diferencia sexual puede considerarse la opresión hegemónica, porque crea jerarquías como la división sexual del trabajo, la doble jornada de trabajo sin remuneración económica, el estereotipo de mujer-madre, así como el ordenamiento simbólico naturaleza-mujer-reproducción, entre otras, que la dejan en desventaja, en tanto que su cuerpo y su biología la ubican y definen socialmente como un ser al servicio de los *otros*.

[...] ella no es otra cosa que lo que el hombre decida que sea; así se la denomina «el sexo», queriendo decir con ello que a los ojos del macho aparece esencialmente como un ser sexuado: para él, ella es sexo; por consiguiente, lo es absolutamente. La mujer se determina y se diferencia con relación al hombre, y no este con relación a ella; la mujer es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo Absoluto; ella es lo Otro (Beauvoir, 2015: 19).

Así la mujer se construye bajo determinantes biológicos que la ubican en la estructura social y el imaginario colectivo como un objeto de deseo para el *otro*, estas determinaciones se transforman en limitantes sociales que procuran sostener el papel de la mujer sobre la naturaleza impuesta, lo que se traduce en normas morales, juicios religiosos y legales, que prohíben a la mujer concebirse como una sujeta independiente y autónoma, con la capacidad de elegir sobre su cuerpo, disfrutar del placer, tener libertad sobre sus decisiones, vivir relaciones afectivas libres de violencia y sentirse segura. La naturaleza biológica que se identifica en la mujer es la reproducción, su sexualidad se basa sobre el determinismo que trasciende todas sus formas de vida.

Foucault considera la sexualidad como una experiencia históricamente singular, constituida por tres ejes: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes) (Foucault 1986:8, en Lagarde, 2005: 181).

La construcción del individuo respecto de su sexualidad marca las funciones y simbolismos de ser hombre o mujer, se incorporan como parte de la naturaleza humana a través de la cultura; para el caso de las mujeres, su sexualidad se basa en el cuerpo biológico y la función de ser madre, bajo esta normativa, lo que pertenece al cuerpo, debe pertenecer a la función social; así se desarrolla una vigilancia en ambos sentidos, social y biológica, la primera con una reglamentación legal al servicio del Estado patriarcal, que necesita mantener su hegemonía con base en la regulación de los individuos a través de sus cuerpos, donde penaliza y criminaliza la interrupción del embarazo.

El orden patriarcal salvaguarda los núcleos sociales como la familia tradicional, donde la mujer debe cumplir con funciones para *los otros*, pero no para *sí misma*; la segunda, con las etapas de desarrollo de la mujer en tiempos establecidos (reloj biológico) que le exige el embarazo según su naturaleza, limitando la posibilidad de elegir sobre su proyecto de vida.

La sexualidad para la mujer es negada en cuando al placer, deseo y erotismo, el discurso que gira en torno a su sexualidad solo reconoce la capacidad reproductiva, excluye el enfoque de la sexualidad que vinculado a la cultura y los elementos sociales regula los cuerpos y funciones, de acuerdo con Foucault (1977), en las relaciones de poder la sexualidad es un elemento que está dotado de mayor instrumentalidad, utilizable para el mayor número

de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias (p. 126) la sexualidad es una herramienta de control social y se configura como un dispositivo del orden cuando dentro de la sociedad se regula mediante diferentes instituciones como la familia, la educación, la iglesia, el discurso social y político.

La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socioculturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes-, y desde luego al poder (Lagarde, 2014:135).

La sexualidad se desarrolla al margen de la cultura y conforma las representaciones de las personas sobre su cuerpo y funciones en la vida cotidiana, para las mujeres la sexualidad es un doble mecanismo de poder, por un lado, afecta la conformación de la identidad, y por otro define su vida como base organizadora en la sociedad desde su función reproductiva. En el discurso que rige la sexualidad de la mujer intervienen elementos como el crecimiento de la población, la economía y la política, dentro de un sistema patriarcal que vuelve a la opresión sexual el mecanismo regulador por excelencia de la sociedad.

Deconstruir la idea hegemónica de la sexualidad humana basada en la biología que marca la para mujer el destino de la naturaleza significaría romper con la opresión sexual, al margen de que las condiciones estructurales dejan en desventaja a unos y otros miembros de la sociedad, la construcción de la sexualidad para todas las personas es la directriz que delinea la organización de la vida cotidiana. Sobre este ordenamiento de opresión sobre la sexualidad de las mujeres se prohíben prácticas como el aborto de forma legal, se forman mitos que llevan al estigma y criminalizan la práctica, restringiendo de esta forma los servicios y de alguna forma manteniéndolos en la clandestinidad.

### **1.3 Perspectiva de Género como Herramienta Metodológica**

La perspectiva de género es importante en este trabajo para visibilizar las construcciones sociales de desigualdad que afectan los derechos de las mujeres, se retoma como una herramienta que permite adoptar una mirada analítica para estudiar de forma diferente las relaciones entre las personas desde la disciplina de trabajo social, bajo este enfoque, se desnaturalizan las construcciones sociales que se mantienen como dominantes y universales, aunque son formas construidas, moldeables y diversas. Genera apertura para

incorporar nuevas miradas en relación con los significados de ser hombre o mujer en la sociedad, porque es difícil pensar en separaciones categóricas que tienen como base lo biológico, pero se modifican con el desarrollo social y educación a lo largo de toda la vida.

Las representaciones con base en el sexo no son universales, el sentido de ser mujer u hombre en una sociedad varían en tanto diversas cosmovisiones poseen los individuos en las múltiples culturas, sin embargo, existen criterios que se mantienen como rectores porque se encuentran insertos dentro de una estructura de dominación y desigualdad, que parte de las diferencias sexuales anatómicas para construir desigualdades culturales y sociales que se ven reflejadas en injusticias, falta de acceso y oportunidades, diferencia en el reconocimiento de logros, es decir, en los diferentes aspectos de la vida cotidiana.

La perspectiva de género proporciona elementos para identificar un problema desde el trabajo social, analizarlo, explicarlo, interpretarlo y proponer acciones de cambio y transformación a los procesos antagónicos, y tradicionales que conforman el estatus *quo* de la sociedad patriarcal [...] *hay que identificar la perspectiva de género como herramienta y categoría de análisis para reconstruir, sobre la base del conocimiento, nuevas relaciones sociales entre hombres y mujeres en los marcos de equidad e igualdad* (Chávez, 2017: 25).

Este enfoque hace posible develar las estructuras naturalizadas que llevan a la desigualdad, es una herramienta que propone el desarrollo de acciones de transformación que surgen de un análisis crítico de la estructura tradicional, para promover alternativas que deconstruyan ésta y partan de nuevas visiones que cuestionan lo establecido, innoven las relaciones sociales, formas de convivencia y ordenamientos en la estructura que enmarcan la vida social. Cuando se utiliza la perspectiva de género se adquieren nuevas miradas y enfoques, al leer la realidad desde esta configuración hay posibilidad de fractura para incidir hacia el cambio, retomar problemas viejos y evolucionar hacia su resolución desde la crítica, para romper con la reproducción del sistema de las desigualdades.

La perspectiva de género, como categoría metodológica, tiende a volverse compleja en la medida que permite el análisis de las oportunidades, expectativas y el sentido mismo de la vida de hombres y mujeres, en los conflictos cotidianos e institucionales que enfrentan, y dan cuenta de la capacidad de acción y construcción de ambos sujetos (Chávez, 2006:11).

Esta herramienta transversaliza un enfoque que permite analizar problemáticas sociales para enriquecer su estudio y atenderlo de forma integral desde la disciplina de trabajo social, expone cómo las construcciones sociales y ordenamientos simbólicos producen desventajas. Es útil para entender las conformaciones sociales de las diferencias; su incorporación es imprescindible en el estudio de temas sobre las imposiciones genéricas que se atribuyen a cada sexo y los roles asignados que se traducen en exigencias sociales. La perspectiva de género promueve:

**Figura 1: Implicaciones de teórico-metodológicas de la perspectiva de género**

- 
- El respeto a los derechos humanos de hombres y mujeres.
- 
- Definir las relaciones de hombres y mujeres que se desprenden de la construcción del género.
- 
- Tener como punto de partida la condición social de hombres y mujeres, así como la definición de las necesidades prácticas y estratégicas que los caracterizan.
- 
- La reflexión sobre los privilegios de los hombres con relación a las mujeres.
- 
- Planteamientos para la promoción de la igualdad de condiciones entre hombres y mujeres.
- 
- Destacar las aportaciones que las mujeres han hecho al desarrollo económico, político, social y cultural de la comunidad y la sociedad.
- 
- La identificación de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el ámbito social, político, económico y cultural.
- 
- El reconocimiento y análisis del papel que juegan los reforzadores tradicionales de la construcción de género y la reproducción de las desigualdades.

Elaborado con base en Chávez Carapia, Julia del Carmen (2017) *Género y Trabajo Social*, Centro de Estudios de la Mujer, UNAM-ENTS.

Para la presente investigación esta forma de mirar la realidad nutre el estudio del fenómeno de la interrupción del embarazo de forma legal, atraviesa el análisis de las construcciones sociales naturalizadas alrededor de la maternidad. Por otro lado, cuando se conjunta la disciplina de Trabajo Social y la perspectiva de género se nutre el estudio y análisis de las problemáticas sociales, las propuestas de intervención se enriquecen y las posibilidades de acción sitúan a la persona dentro de la estructura para entender el porqué de las acciones, para desprender estrategias y redes que coadyuven en la atención de la problemática, bajo un enfoque holístico, situado y crítico de la estructura y sistema.

## 1.4 Trabajo Social con Perspectiva de género

El Trabajo Social como disciplina que contribuye a la mejora de las problemáticas sociales desde un enfoque de comprensión y potencialización de las personas, analiza con bases teóricas las desigualdades e injusticias que afectan de forma diferenciada a las personas, su trabajo al igual que la Teoría Feminista sirve para develar las contradicciones surgidas de la injusticia social, pero además genera acciones para reducirlas.

El Trabajo Social es una disciplina social, que retoma las teorías y métodos de las ciencias sociales. Su identidad disciplinar se basa en la investigación de los problemas y necesidades sociales, individuales, grupales, familiares y comunitarias, desde un enfoque de carácter empírico para interrelacionar con la intervención social la construcción de procesos educativos, de conciencia social y de cambios de actitudes: cuestiona de manera crítica la situación inmediata y cotidiana para dar respuesta a contextos micro-sociales (Chávez, 2017: 13).

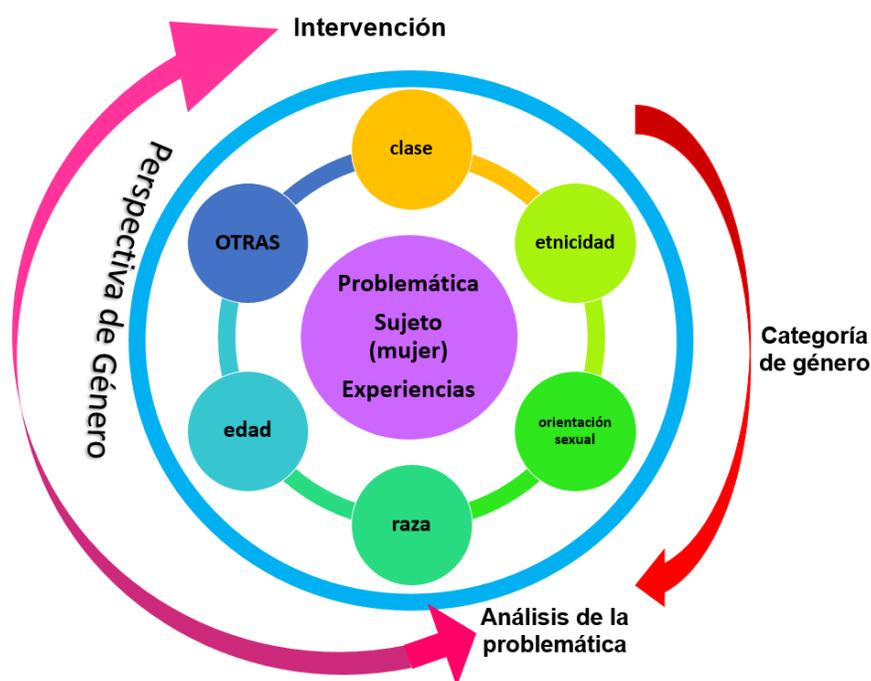
La profesión promueve la participación la persona como elemento activo, situada a partir de su cotidianidad, para reinterpretar la intervención con base en la teoría, y pasar del sentido común al conocimiento con bases científicas, que nutra entre sí: teoría, práctica, trabajador/a social y persona, como una unidad activa para la solución de problemáticas; en este sentido, es fundamental integrar la perspectiva de género como una herramienta metodológica que sirve para analizar y entender que mujeres y hombres se conforman sobre estructuras impuestas que llevan al ejercicio del poder desigual, que se traducen en problemas e injusticias sociales.

La intervención y análisis de la situación problemática se complejiza si se añade el género como categoría analítica, porque permite que existan mayores posibilidades de atención integral para comprender la situación holísticamente, y desnaturalizar las construcciones de desigualdad que afectan a las personas en la estructura patriarcal, y con base en ello generar medidas resolutorias que no reproduzcan la desigualdad.

Cuando el género intersecciona con otras categorías como: la clase, la etnicidad, la raza, edad, orientación sexual, entre otras; hace posible ubicar en la persona de atención los factores que lo mantienen en desventaja, además de realizar un análisis que dé cuenta de las limitaciones y potencialidades que se pueden desprender en los procesos de atención; así mismo es posible identificar las herramientas, materiales y formas de trabajo idóneas para su atención, de tal forma que no será posible desprender las mismas herramientas de

intervención para una mujer, joven, indígena embarazada, de una mujer, adulta, escolarizada y embarazada, aunque ambas tengan la misma problemática: interrumpir su embarazo. El género y la perspectiva de género hacen posible analizar los problemas y generar intervenciones situadas, que tengan como referente las características de la persona y su situación en el ordenamiento social.

**Figura 2: Perspectiva de género y Trabajo Social**



Elaboración propia

El esquema anterior muestra la categoría de género como herramienta para el análisis de problemáticas y el desarrollo intervención, identifica cómo diferentes elementos convergen en la situación de la persona. Al centro se sitúa a la mujer y se consideran sus experiencias y características particulares para promover acciones focalizadas de acuerdo a sus necesidades, con la finalidad de dar respuestas a sus problemáticas.

Un rasgo distintivo de la investigación feminista es que define su problemática desde la perspectiva de las experiencias femeninas y que, también, emplea estas experiencias como un indicador significativo de la realidad contra la cual se deben contrastar las hipótesis. Se trata de una propuesta epistemológica con base en un saber situado, sensible, que reconoce

el hacer ciencia también como una acción social y, por lo tanto, derivada de las relaciones humanas (Harding, en Blázquez, 2012: 312).

Cuando se introduce la Teoría Feminista en el desarrollo del Trabajo Social se produce un saber situado para leer la realidad e intervenir sobre ella; se conjuntan tres elementos que vinculan estas áreas de conocimiento, saber situado, medio de denuncia y una herramienta para la acción social; por otro lado, la Teoría Feminista permite releer las situaciones que afectan de forma diferente a hombres y mujeres.

La estrategia metodológica de la perspectiva de género permitirá a la disciplina de Trabajo Social, construir nuevos paradigmas que den cuenta de los viejos y nuevos problemas en las relaciones entre los hombres y mujeres, en un contexto de desigualdades, inequidades, intolerancias, prejuicios permiten dogmas y mitos (Chávez, 2006:11).

Complementar estas áreas de conocimiento nutre el desarrollo de las intervenciones y permite generar cambios en la realidad social, desde la interpretación de las conductas para analizar las relaciones, de forma que permita desprender la igualdad a través de la equidad, como mecanismo transversal en los objetivos deseados en el quehacer del trabajador social. Es necesario reinterpretar las formas de intervenir, generar modelos que contengan teorías contemporáneas que hagan posible entender que las necesidades, problemáticas y demandas de hombres y mujeres se transforman y requieren nuevas formas de estudio.

## **1.5 Intervención desde Trabajo Social con Perspectiva de Género**

Trabajo Social por su perfil profesional tiene contacto de primera mano con la población, su función da pauta al análisis de las diversas situaciones, para atenderlas de forma diferenciada de acuerdo con las características de la persona o población [...] *nuestros marcos conceptuales de análisis e interpretación pueden hacer posible una intervención o, por el contrario, pueden limitarla, anularla, violentar y victimizar aún más.* (Krmptic, *et.al.* 2011: 378), la función profesional es determinante en los procedimientos y continuidad para resolver una problemática o mejorar un proceso.

La disciplina del Trabajo Social hace sustantivo el acceso de las personas a sus derechos humanos, en el caso de la ILE, el derecho a los servicios de salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, de cara a la realidad, la complejidad de los marcos normativos de las instituciones donde se inserta limitan su actuar profesional,

muchas veces reducen la posibilidad para desprender procesos de autonomía y capacidad de agencia en los usuarios, que les permitan solicitar servicios del Estado, apropiarse y exigir sus derechos humanos.

Para el trabajador social se presentan continuamente situaciones en las que tiene que decidir cosas que afectan a sus usuarios. Desde cómo situarse ante una conducta de su usuario o qué decir, hasta si ofrecer o no determinado recurso [...] el trabajador social siempre está llamado a tomar una postura ética ante sus casos (Molleda: 2007: 153).

Las posturas que los trabajadores sociales toman ante los numerosos casos que se presentan en su cotidianidad, necesitan ser reflexionadas para analizar el rol que ocupan dentro de los servicios de salud, especialmente aquellos que aseguran los derechos humanos de las mujeres. Ubicar las posibilidades y limitaciones en su actuar profesional, da cuenta de las restricciones que dificultan vislumbrar las raíces de problemas externos de su conocimiento; en primer lugar, el trabajador social se restringe de acuerdo a las normativas y anclajes de la institución donde se encuentra inserto, que dificultan desplegar una mirada compleja y analítica, sobre una situación concreta como la ILE, por otro lado, sus propias formas de mirar el mundo e interpretar la realidad, influyen para que conozca otras.

En especial cuando trabaja con mujeres, a través de la intervención o investigación para denunciar una problemática o atenderla, cada profesional tendría [...] *conocer los procesos a través de los cuales las mujeres, y cada mujer en su particularidad, sintetizan en sus vidas y sus experiencias las condiciones de género que las determinan* (Castañeda, 2008) por lo cual es necesario desplegar marcos teóricos de análisis que involucren la perspectiva de género para generar herramientas de análisis de las problemáticas, elaborar intervenciones alternativas y reconceptualizar la forma de hacer intervención desde un sentido crítico y reflexivo, que no olvide que para la atención de las problemáticas se debe considerar:

[...] que la serie de circunstancias que construyen los escenarios de intervención, otorgan una dimensión singular y propia a la intervención social. Donde este hacer implica la necesidad de estar situado en una serie de coordenadas históricas y culturales para poder comprender y explicar la esencia de los problemas sociales, la construcción de la demanda, el sentido de ésta, lo que se oculta detrás y lo que se naturaliza (Carballeda, 2010).

Esto significa desprender la intervención a partir de los contextos y formas de vida de las mujeres, la perspectiva de género ayudará a enriquecer las aportaciones para explicar los

problemas presentados y pensar en soluciones contextualizadas; responder a las demandas que emergen de las realidades próximas, romper con la naturalización de ideas y reproducción de condiciones que llevan a la desigualdad y problemáticas en las personas, que muchas veces afectan el ejercicio de sus derechos.

Pensar en la intervención profesional del Trabajo Social, implica reflexionar sobre el significado que le damos a esta función, cómo nos posicionamos ante ella, cuál es su finalidad y con qué herramientas teórico-metodológicas contamos para llevarla a cabo. Sin embargo, es imprescindible tomar como eje principal a la persona sobre quien recae esta práctica, en este caso las mujeres, para pensar cómo las ubicamos dentro de la actividad profesional, cómo las situamos ante la problemática, qué herramientas están a nuestro alcance para hacer posible que potencialicen sus capacidades y habilidades, a fin de resolver la problemática personalmente, se involucren de forma activa y autónoma en la toma de decisiones sobre su proyecto de vida y cuerpo.

## **Capítulo 2**

### **Construcciones socioculturales en torno al cuerpo, maternidad y el aborto**

Este capítulo desglosa un análisis de las construcciones socioculturales que afectan la vida de las mujeres, con la finalidad de comprender porque la interrupción del embarazo se encuentra en debate público, donde diferentes instituciones como la familia, la iglesia y el Estado muestran renuencia a la libertad y derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y proyecto de vida, se desarrollan temas como: cuerpo y religión, la maternidad como símbolo de la feminidad, maternidad, rol de género y cuerpo y aborto; para comprender la problemática desde el rol de género impuesto para las mujeres; lo anterior sirve de apoyo a la disciplina de trabajo social para ubicar los actores culturales que afectan la vida cotidiana de las mujeres y en consecuencia sus problemáticas.

#### **2.1 Cuerpo y religión**

La religión es una institución que organiza la vida social a través de mitos y representaciones educa y crea simbolismos que se implantan en las subjetividades, a partir de las creencias que surgen de su doctrina se instauran mandatos que regulan la sociedad, así las personas organizan su vida cotidiana para responder a los designios que sus creencias les demandan; los comportamientos esperados al ser solicitados por una omnipotencia divina se vuelven compromisos extraordinarios que se cumplen sin cuestionarse. Como mecanismo de regulación la religión simboliza el castigo con el pecado como el mayor suplicio que puede padecer una persona cuando no responde a las creencias que se traducen en normas sociales.

Este mecanismo de regulación utiliza figuras como representaciones de modelos para hombres y mujeres, con base en ellos pone ejemplos del ideal a seguir, entre estas figuras se encuentran vírgenes y santos que representan la vida terrenal, por otro lado, existen seres con poderes divinos que sancionan o gratifican en tanto se cumplan sus disposiciones. La religión se apoya del discurso como una herramienta que afirma los simbolismos de la cultura para generar significados a través del lenguaje del deber ser para hombres y mujeres, y controlar el discurso cotidiano para formar restricciones que refuerzan las creencias. Así como el discurso y el lenguaje son herramientas de control, el cuerpo también se convierte en un objeto de regulación a partir de sus acciones, al ser instrumento de dominio público, porque se construye en lo social y adhiere los aprendizajes que la cultura le ofrece, sobre el cuerpo se imponen estructuras culturales que forzan a cumplir con determinados modelos.

La religión concibe el cuerpo de la mujer como instrumento para la reproducción, es el objeto que sirve a los *otros*, que marca la naturaleza como destino, priva a las mujeres de tomar decisiones libremente sobre él; se utiliza como un dispositivo de control desde la función reproductiva, bajo esta idea el cuerpo de la mujer no siente placer, no es propio, se desconoce, le parece ajeno, no lo explora, no lo cuida y solo sabe de él a través de los *otros*; es un cuerpo sin derechos. Este cuerpo-objeto que se construye a través de los simbolismos de la religión se controla y vigila para que cubra con la obligatoriedad de la maternidad.

Es en el cuerpo de las mujeres comprendido como un territorio donde ellas deberían ejercer su soberanía, sin embargo, es allí donde los diferentes poderes políticos, religiosos, institucionales, han operado – y operan – buscando mantenerlas bajo control, y se percibe como amenaza la sola idea de que pudieran ejercer su derecho a la libertad (Canevari: 2011:107).

La libertad sobre el cuerpo de las mujeres y las decisiones sobre él son limitadas y en algunos casos inexistentes, porque la idea de estar al servicio del *otro* y de construirse a través de su mirada, les impide identificarse como personas con la posibilidad de tomar decisiones que no dependan de su biología y conquisten su cuerpo como un territorio que les pertenece. La estructura patriarcal resalta y enaltece la función reproductiva del cuerpo de la mujer, y la orillan a interiorizar ésta como la única forma de saberse y sentirse mujer, por tanto, la maternidad es algo incuestionable, que socialmente debe cumplirse si se quiere ser una “buena mujer”. El cuerpo pensado desde su función biológica posiciona la maternidad como destino, niega el disfrute del cuerpo, erotismo y el placer.

Esta creencia religiosa está en la base de nuestra conceptualización cultural de la maternidad: las mujeres son representadas no como sujetos autónomos, capaces de tomar decisiones, sino como simples instrumentos de la voluntad de Dios. Además de estas prohibiciones expresas, en la concepción católica sobre la maternidad, que es la que priva culturalmente en nuestro país, una madre siempre debe anteponer al hijo a sus necesidades y deseos como persona. (Lamas, 2001: 64-65)

La religión interioriza el pecado, niega el disfrute del cuerpo, obstaculiza la posibilidad para decir de las mujeres, reduce al cuerpo a un objeto al servicio del marido, el matrimonio, los hijos, el padre y Dios como la máxima autoridad, que sanciona a la mujer a través del pecado cuando no cumple con la voluntad divina. Estos elementos ideologizan el cuerpo, establecen normas, funciones y tiempos reforzados y exigidos por la sociedad que ubica a las mujeres como mártires que tienen como destino sufrir por los demás, y deben entregar su cuerpo y alma a Dios, al marido o hijo, es decir, especialmente a los hombres.

En la historia de la religión bastos son los ejemplos que ubican a la mujer a través de vírgenes bajo simbolismos de abnegación, sufrimiento, martirio y obediencia, como ejemplo: la Virgen María, máxima representación de la feminidad al concebir y permanecer virgen, Sara que aparece en el pasaje bíblico como una mujer hermosa, que siendo estéril recibió el poder de concebir, María Magdalena que tuvo el perdón de sus pecados de la carne al ser devota de Dios; en ellas se representa la maternidad divina y la perpetua virginidad que niega el placer y el deseo libidinal; cuando se cubren estos requisitos para la mujer se asegura la ascensión a los cielos, como la máxima recompensa por su sufrimiento.

Para las católicas, María, reina del Cielo, simbolizaba los valores femeninos: simultáneamente virgen y madre, desafiaba a la naturaleza y a la ciencia; expresaba el sueño de una maternidad disociada del coito y de los partos (Knibiehler, 2001: 63).

La iglesia reconoce y exalta lo maternal como virtud de la mujer e idealiza esta función, no reconoce los dolores del parto, el sufrimiento, e incluso enfermedad que se padece después de parir, tampoco hace visible el proceso para sobreponer el cuerpo de las transformaciones que sufre consecuencia del embarazo. Niega en la mujer el acto carnal de la concepción, oculta el placer de la relación sexual; cuando se ignoran este tipo de situaciones la mujer se visualiza como un objeto que no puede disfrutar por sí misma.

Esta idea se implanta en la cultura, se vuelve una cuestión innegable, las mujeres están sujetas a voluntades divinas que prometen una recompensa cuando entregan su cuerpo a los *otros*, la mujer debe renunciar a su proyecto de vida e intereses para convertirse en madre, anteponer al hijo antes que sus necesidades y deseos como persona.

El cuerpo femenino y sus ciclos se presentan negados para las propias mujeres. La fuerza de la tradición religiosa, y su idea de lo sexual ha calado en matrices medulares de nuestra cultura. Las mujeres tienen cuerpos sin órganos y tienen que hacer un proceso de conquista de su propio cuerpo (Deleuze en Canevari: 2011: 109).

El cuerpo de la mujer no es para *sí misma*, no lo reconoce más allá de su biología o de las construcciones culturales que pesan sobre él, el cuerpo que posee es para los *otros*, que lo niegan y condicionan para responder a la estructura de dominación, este cuerpo le parece ajeno a la mujer, irreconocible, no lo disfruta, tampoco lo siente, es más de *otros*, que de *sí misma*, para la mujer su cuerpo es extraño porque no lo posee.

La sexualidad no existe dentro de la religión, su doctrina se basa en hechos divinos de concepción que produce seres con atributos de superioridad, las mujeres no son valoradas si no responden a las normativas divinas, su cuerpo como objeto se vuelve *de segunda*, durante el embarazo solo se procura el cuidado del nuevo ser humano. Cuando se exalta la reproducción para reafirmar la obligatoriedad de la vocación de ser madre, que sufre y se duele por el padre o por el hijo, los valores morales de la sociedad mantienen su hegemonía sobre el cuerpo de las mujeres.

El Estado laico ha sido rebasado, la religión y la iglesia afectan no sólo a las mujeres con sus creencias, también anulan los derechos humanos universales, el mensaje tradicional de la iglesia católica arraigado a nuestra cultura tiñe la ideología, las prácticas políticas y se filtra en los posicionamientos de funcionarios y representantes legislativos del Estado (Lamas, 2001: 65), en consecuencia las mujeres construyen su vida bajo estas formas de dominio que niegan sus derechos y anulan la creación de servicios que procuren el acceso a la ILE, que las obliga a exponer su vida y seguridad cuando recurren a la clandestinidad por decidir sobre su cuerpo y proyecto de vida.

## 2.2 La maternidad como símbolo de la feminidad

Para la mujer, la feminidad es la razón de su sexo, el estereotipo femenino y las cualidades que posee se forman en el imaginario colectivo que la dotan de representaciones, actividades y aspiraciones. La feminidad marca la diferencia de las mujeres como sexo en relación con los hombres, en ella se encuentra el sentido de ser mujer, éste cumulo de roles, cualidades, estereotipos, obligaciones e imágenes pesan sobre su cuerpo.

En todas las sociedades históricas conocidas, la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, e incluso la misma esencia femenina. Sin duda, ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres- las únicas que disponen de un cuerpo capaz de engendrar y albergar a otro cuerpo- la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad (Saletti, 2008).

La construcción del imaginario “instinto maternal” impone en las mujeres la cultura de la *buena madre*, que exalta el amor como obligación, por ello, cuando la mujer no tiene el anhelo de convertirse en madre siente culpa por no desear al hijo y no seguir la ley natural. Las mujeres sitúan a la maternidad en el centro de la vida femenina, esta construcción se enmarca sobre la abnegación, darse y existir para los *otros*, la fragilidad y dobles o triples jornadas de trabajo sin paga. El ideal de la madre que cría buenos y perfectos hijos se convierte en el símbolo de la feminidad, las mujeres tradicionalmente dan su tiempo, cuerpo y vida para lograr tener buenos hijos, una mujer que no sigue las reglas de la feminidad es una mala mujer, porque transgrede la norma impuesta.

Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que contiene una nueva vida, como en que cumpla con el imperativo que simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del marido, de la familia (Lamas, 2001).

Procesos como el embarazo, parto, lactancia y puerperio, hacen caer sobre las mujeres la responsabilidad impuesta del cuidado de los hijos, la feminidad la orilla a ejercer y vivir estas funciones con gozo, aunque no sean los deseados para ella, la feminidad revaloriza el instinto materno en función del cuidado del infante, pero no se preocupa por la mujer como ser autónomo y libre, se impone la idea de cuidar de los demás y no de ella.

Sobre el imaginario social de la maternidad (la madre amorosa encargada de la familia) se ha construido un andamiaje simbólico muy denso, en el que se articulan niveles del orden de lo biológico, lo cultural, lo psicológico, lo religioso y lo político [...] (Ávila, 2004).

Estos valores y actitudes se transmiten por instituciones que necesitan mantener su hegemonía dentro de la sociedad a través de procesos educativos formales e informales, ejemplo: la iglesia, que mediante la religión venera a la mujer como madre; la familia tradicional, que actualmente sufre una metamorfosis y como resistencia a los cambios reproduce constantemente los roles tradicionales; de igual forma las políticas públicas del Estado bajo la dicotomía hombre/mujer promueven la permanencia de la reproducción y el cuidado de la familia, limitan el aborto como derecho, además de encarecer y hacer casi inaccesibles los métodos anticonceptivos y la educación sexual en gran parte moralizada, no dan apertura para romper con las imposiciones que pesan sobre las mujeres. Así el simbólico de la feminidad se mantiene sin cuestionarse, la mayoría de las mujeres incorporan de manera inconsciente esta forma de vivir su género y la naturalizan, a través de supuestos instintos que poseen desde su nacimiento.

El papel femenino se aprende mediante la educación que supone la formación de personas que se ocuparan primordialmente de las tareas maternas, las cuales no suponen capacidad intelectual, tampoco iniciativa y creatividad, basta seguir la tendencia natural, tampoco implica mayor dominio sobre la naturaleza, dado que constituyen un proceso natural repetitivo (Hierro, 2014: 115).

Los constructos de la feminidad, reproducción y maternidad se aprenden mediante procesos educativos como la crianza y a lo largo de toda la vida, en tanto construcciones y aprendizajes no son naturales ni obligatorios, aquellas mujeres que los adoptan por imposición o elección, deben tener presente que no son naturales, sino que implica poner en práctica una serie de cualidades, habilidades y conocimientos que necesitan ser revalorados y posicionados de forma diferente en la sociedad, es decir, resignificar la maternidad.

Los significados de la feminidad, varían de una cultura a otra, sin embargo, hay elementos que se mantienen constantes: el cuerpo, la condición biológica de la reproducción y el cuidado de los *otros* forman la representación tradicional de la mujer y lo femenino, se reproduce a través de las instituciones del Estado, acciones y estructuras que no son neutras, son las herramientas de la cultura patriarcal, por ello los ideales maternos no desaparecen, solo se modifican de acuerdo a los tiempos y lugares.

Todas estas ideas y representaciones repercuten en la cosmovisión de las mujeres, se implantan de forma casi natural, por el contrario, son edificaciones que orillan a desear lo que su condición biológica ofrece, es necesario visibilizar que existen otras formas de

construir la feminidad. La ideología de la feminidad afecta negativamente a las mujeres, el anhelo de alcanzar los estándares que impone la sociedad para identificarse como mujer perfecta o ideal, orillan al apego de estilos de vida poco sanos tanto físicos como mentales, por ejemplo, en el cuerpo, cuando se aspira a conseguir una talla, el peso ideal, seguir el proyecto de vida de la maternidad al promover la reproducción y criminalizar el aborto.

La feminidad está enmarcada en la biología, la reproducción, y los supuestos instintos que giran a su alrededor, para las mujeres no existe la posibilidad de construir una feminidad libre, con el derecho de elegir sobre su cuerpo, proyecto de vida y sexualidad; la estructura patriarcal limita todas las anteriores, y encasilla a la mujer con deseos que poco tienen que ver con sus verdaderos anhelos, los desvanece a través de mecanismos que implanta en sus instituciones como: la religión, familia, escuela y política.

### **2.3 Maternidad, rol de género**

A partir de las diferencias físicas del sexo: pene o vulva, se define a las personas como hombre o mujer; a través de procesos educativos de enculturación se implantan características ideales para cada sexo que forman un imaginario social que demarca particularidades que norman a hombres y mujeres para responder a los ideales de cada cultura según el momento histórico. En vista de que surgen estas clasificaciones, cada género tiene representaciones con base en cualidades generalizadas que constituyen un estereotipo, es decir un imaginario social normado, éstos delimitan a las personas y sus modos de vida a través de funciones sociales específicas llamados roles de género, impuestos a cada sexo, lo que se traduce en representaciones de desigualdad y mecanismos de violencia que regulan dentro de marcos normativos las conductas.

En el caso del sexo mujer como género femenino, existe un estereotipo, es decir, una representación normada de la mujer en una cultura determinada, características como: sentimientos, valores, emociones, talla, peso, forma de vestir, color de piel e incluso formas de pensar lo conforman. Con base en la construcción del género surge la división sexual del trabajo a través de la asignación de actividades diferenciadas en la sociedad, por ejemplo: para las mujeres estará permitido realizar funciones como labores domésticas, cuidado de los miembros de la familia, atención de la pareja y el ejercicio de la maternidad a raíz de su biología; en la estructura social la mujer nunca es una persona para *sí misma*, siempre se

entrega al *otro* y se construye en función de él. Por otro lado, los hombres tendrán que fungir como proveedores, jefes de familia que toman decisiones, ejercen poder y autoridad; las funciones de cada sexo se construyen a través de la cultura y la historia.

Lo femenino configura a la mujer con atributos que la ponen en desventaja con relación a los hombres, lo masculino o dominante. Las representaciones de la feminidad se fundan como estereotipos como fuente de coerción y alienación, pues impone la exigencia de asumir modelos generados independientemente de nuestras necesidades, deseos y aspiraciones, esos estereotipos denigran la feminidad (Saletti, 2010: 174). Las funciones aprendidas no siempre son deseadas por las personas, existen posibilidades de elección limitadas para las mujeres, porque la estructura configura a través de coerciones las relaciones sociales que las posicionan desigual a través del trato y acceso a sus derechos.

El orden biológico modifica la vida cotidiana a través de la cultura, ésta funge como estructuradora de pensamientos, acciones y formas de vivir, edificados a través de procesos históricos donde las creencias, costumbres, ritos, hábitos y tradiciones, se naturalizan y transmiten por generaciones como parte del proceso educativo que forma a los miembros de una sociedad, estas construcciones son visibles a través de las actitudes, representaciones y conductas, y se implantan en el cuerpo de hombres y mujeres.

[...] la construcción social del cuerpo: desde la forma en que culturalmente se otorgan nuevos significados a diversos aspectos corporales, hasta las reformulaciones políticas que -partiendo de cómo se viven el género y la etnia, la cultura y la religión- controlan y regulan diferencialmente los cuerpos (Lamas, s/a: 5).

La cultura atraviesa el cuerpo y las funciones que se desprenden de él, es un instrumento que sufre transformaciones constantes de acuerdo a las construcciones que le dan sentido, para el hombre y mujer el significado del cuerpo es diferente, porque se asignan actividades y cualidades particulares; en la mujer se valora y reconoce de acuerdo a las etapas de vida como símbolo de fertilidad, placer, erotismo y deseo; que marcan tener que ofertar su cuerpo para el disfrute de los *otros*. En la infancia está sujeta al cuidado de su cuerpo para no ser abusada o violentada, más tarde en la adolescencia y juventud, se representa como cuerpo de deseo erotizado por *otros*, visto con lujuria; en esta etapa de acuerdo con el desarrollo biológico se puede ejercer la maternidad, no siempre por decisión propia, sino por exigencia social, que interioriza en la mujer ésta como destino.

La mujer se encuentra en desventaja con relación al hombre, los significados de la maternidad le imponen roles basados en su capacidad reproductiva; una mujer aprende el sentido de la maternidad por medio de emociones, relaciones sociales y sexuales, violencias, significados culturales, funciones biológicas, enfermedades, mutilaciones y el aborto, así la mujer vive su rol de género y se posiciona en la estructura social.

Sobre las funciones biológicas se construye la maternidad, se interioriza de tal forma que solo se encuentra sentido con la función reproductiva. *Las capacidades biológicas reproductivas se convierten así en una corporalidad marcada por ciertas coordenadas históricas* (Parrini, 2012: 368) lo biológico designa el ejercicio de la maternidad, amamantar, nutrir y entregar el cuerpo para dar vida y cuidar a los *otros*, así es como la cultura cobra vida a través de las mujeres en cada etapa de su crecimiento.

En nuestra sociedad, la maternidad es la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de la madre a las mujeres. Este lugar está definido en términos de la relación social por la cual una persona -la madre- se hace cargo de nutrir, cuidar y atender a un infante. La tarea principal de la madre es la construcción sociocultural del nuevo ser, convirtiéndolo en persona (Bringas, 2003).

Culturalmente el cuerpo de la mujer se define desde su nacimiento, las funciones biológicas se transforman en obligaciones culturales a cumplir, para responder a las demandas de la sociedad patriarcal. En virtud de la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico, esa es su vocación «natural», puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie (Beauvoir, 2015: 464).

Para la sociedad las mujeres necesariamente se convierten en madres, si bien la reproducción se encuentra en la mujer como un hecho biológico, la socialización y las imposiciones estructurales patriarcales la designan como única finalidad, la mujer apropia esta idea en el cuerpo y mente, lo que significa que una mujer se convierte en madre por dos circunstancias, una por la biología y la otra por designio cultural a través de los aprendizajes que incorpora.

El cuerpo vivido es el espacio del cautiverio de la mujer como eje de su sexualidad es para los otros: las madres-esposas sintetizan el cuerpo de la maternidad (cuerpo procreador para los otros) y en la subsunción del erotismo (cuerpo para el placer erótico de los otros) (Lagarde, 2014: 174)

La mujer no es para *sí misma*, en todo momento es un espacio y objeto ajeno de su voluntad y libertad personal, responde a la biología, designio cultural, al hombre, a los estereotipos de género y educación, que no permiten visibilizar otras herramientas, ni redes de apoyo que la acompañen a romper con este paradigma.

## 2.4 Cuerpo y aborto

El cuerpo de las mujeres es el espacio que sufre el procedimiento del aborto, es la mujer como cuerpo quien pone en riesgo su vida cuando aborta en la clandestinidad. Aunque este cuerpo es construido culturalmente mediante imposiciones culturales, no son éstas las que se ponen en juego cuando una mujer lleva a cabo el procedimiento de forma insegura, por el contrario, hacen que la mujer sufra por su cuerpo, lo condenan a cumplir con un destino, donde necesariamente una mujer debe convertirse en madre.

El cuerpo de las mujeres es el protagonista en la experiencia del aborto. Más allá de las circunstancias particulares de cada interrupción voluntaria del embarazo, se trata de un evento que ocurre en un cuerpo producido y transformado por relaciones sociales (Parrini, 2012: 367).

La mujer se afecta psicológica y culturalmente porque se le impone responder al precepto de madre, *la normatividad de género condensa los significados, ideaciones, nociones y valores de diferentes discursos culturales en un saber predominante, aunque nunca homogéneo o monolítico, sobre lo que es ser hombre o mujer* (Bringas, 2012: 2) cuando la mujer decide abortar renuncia a lo que su biología le exige y su género culturalmente le demanda. Su cuerpo físico y persona como construcción social se somete a las críticas de la cultura, la mujer es moldeada bajo un patrón que la reprime.

No obstante, hay mujeres que no ejercen la maternidad por diferentes causas como: infertilidad, enfermedad, por la edad, entre otras. Su biología va en contra de la naturaleza de ser madres, en estos casos es importante analizar que no todas las mujeres nacen para ser madres biológicas, por ello, no es una regla natural que obligatoriamente se cumpla, sin embargo, el orden patriarcal mantiene impuesto y naturalizado el imaginario “instinto maternal”, que provoca en las mujeres el anhelo de concebir y se sienten incompletas cuando no lo hacen. Otras, renuncian a su biología cuando recurren al aborto, pero cuando transgreden estas normativas impuestas son juzgadas y sancionadas social y legalmente. La decisión del aborto no define a una mujer para siempre, durante su trayectoria de vida puede

decidir ejercer la maternidad y después interrumpir un embarazo, no necesariamente significa que una mujer que aborta deje de ser madre para siempre.

El punto de partida es la premisa de que el Estado, como figura resultante de un orden social androcéntrico, utiliza la violencia hacia las mujeres para mantenerlas en posición subordinada; en este sentido, las leyes son un mecanismo para controlar la vida, la sexualidad y los cuerpos femeninos, lo que las discrimina del ejercicio de sus derechos humanos (Bejarano, 2014: 263).

El cuerpo de las mujeres está regulado por el poder patriarcal que utiliza la maternidad para controlar a quien denomina sexo débil, no permite el aborto porque eso significa liberar a la mujer de su cuerpo, naturaleza impuesta y destino. Legalizar el aborto permitiría a las mujeres ser libres de decidir sobre su cuerpo, no renegarían de su naturaleza porque estarían en la misma condición que los hombres, la mitad de sus derechos estarían garantizados, porque en su mayoría las mujeres dan la mitad de su vida para ser madres, renuncian a su libertad y a sus derechos, se avasallan al espacio privado del hogar que no las reconoce como sujetas políticas y de derecho.

Los mecanismos que mantienen cautiva a la mujer utilizan su cuerpo como medio de control para regular sus actos y decisiones, con frecuencia la mujer acepta los diferentes sufrimientos en su cuerpo porque se castiga a causa del aborto; el dolor se transforma en culpa y a veces en arrepentimiento; difícilmente la mujer encuentra otro camino para resignificar su cuerpo distinto de la maternidad.

A lo largo de la historia se han utilizado diversos mecanismos para controlar a las mujeres, a través de la regulación de sus cuerpos para transformar en desigualdad social la diferencia biológica. La asignación de roles para cada sexo ha permitido mantener el orden de subordinación de lo femenino (Bejarano, 2014: 263).

Los mecanismos que regulan a las mujeres están plasmados a través de mitos, tradiciones, costumbres y principalmente en la religión, que ha permeado la vida de las personas a través de sacrificios y penitencias; las ideas del cristianismo y la Iglesia mediante el pecado dotaron de alma al cuerpo del feto o embrión, como consecuencia éste se valora más que la mujer por tener alma pura; el pecado para la mujer se convierte en crimen y homicidio cuando aborta, su cuerpo tiene una penitencia que debe cumplir legal ante el Estado, que la lleva al sufrimiento y dolor físico, cuando sin tener condiciones de salubridad arriesga la vida.

La idea de que la mujer ejerce un homicidio dentro de su cuerpo cuando aborta, es producto de la incapacidad impuesta para decidir con libertad, apropiarse de su cuerpo como un territorio donde es posible sentir, placer, cariño, libertad y gozo, es imprescindible que la mujer conozca su cuerpo físico y lo reconozca como propio para defender y exigir los derechos que le corresponden. El cuerpo y el aborto en una mujer son un pecado, las instituciones históricamente los niegan para mantener su hegemonía; exigirlos como derecho involucra enfrentarse a ideas surrealistas que dotan de alma a un cuerpo inacabado y niegan los derechos de un cuerpo político con capacidad de defender y exigir sus derechos humanos. El cuerpo de la mujer vive el aborto y también lo sufre, las regulaciones deben estar en función de la protección del cuerpo de las mujeres.

Analizar las instituciones simbólicas que ordenan la vida de las mujeres contribuye a desnaturalizar aquello que se impone a través de la estructura patriarcal y se refuerza con la cultura: elementos como la religión, la maternidad como rol de género y símbolo de la feminidad, implantados en la vida de las mujeres establecen la maternidad como obligación, con ello se niega la oportunidad de comprender y ubicar a las mujeres como sujetas con derechos y con la capacidad de decidir sobre su cuerpo y proyecto de vida. Con este análisis se comprende por qué el aborto se estigmatiza y criminaliza para las mujeres

## **Capítulo 3.**

### **Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

Este capítulo expone la normatividad internacional que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de inicio se presenta un análisis que aborda la relación entre el cuerpo y derechos sexuales y reproductivos, para continuar con salud sexual vs salud reproductiva, y en consecuente desglosar el marco internacional, se enfatiza en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994 como ejes que consolidaron los derechos sexuales y reproductivos, se resalta la importancia de La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, y finalmente los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Bajo esta lógica se retoman el papel del aborto ante los derechos sexuales y reproductivos.

#### **3.1 Cuerpo y derechos sexuales y reproductivos**

Los derechos de las mujeres se establecen a partir de su biología, a lo largo de la historia la reproducción sitúa a las mujeres en espacios privados como el hogar, donde se encuentran sujetas a la voluntad de una institución como la familia, el cuidado de los hijos y las necesidades de los *otros*, de tal forma que se ignora a la mujer como sujeta autónoma, con capacidad de ejercer y apropiarse de sus derechos humanos de forma libre, sin estar atada a imposiciones culturales, sociales y legales que la encasillan en el espacio privado del hogar y le imponen la maternidad y reproducción como proyecto de vida.

Los derechos sexuales y reproductivos deben responder a la libertad de elegir sobre la maternidad y cuerpo, ubicar a la mujer como una sujeta política que cuente con el respaldo de instituciones del Estado que procuren el ejercicio y protección de sus derechos humanos, sin imponer creencias religiosas sobre las decisiones personales.

La moralidad de la reproducción se sustenta en un fundamento naturalista. En efecto, el juicio moral que se enuncia respecto de esta función, implícitamente sostiene la idea de que lo bueno es todo aquello que se desprende en forma originaria de lo biológico, en este sentido, la moralidad de la reproducción en las sociedades patriarcales constituye una instancia de la llamada: moral de la “Ley Natural” ( Hierro, 2014:103).

Las funciones naturales se han convertido en obligaciones legales, culturales y sociales que sostienen el paradigma de la maternidad, la llamada “Ley Natural” establece la base para los derechos y obligaciones de las mujeres en una sociedad patriarcal que *inhibe la libre disposición del cuerpo femenino y [...] restringe la autonomía sobre su mente* (Hierro, 2014:13) la enculturación de la feminidad en la mujer limita y viola sus derechos, como la libertad para decidir respecto al proyecto de vida, libertad sobre su cuerpo, libertad de elegir plenamente sin ser sancionada, libertad a disfrutar y sentir placer.

Los derechos sexuales y reproductivos buscan la libertad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, ellas deben tener el derecho de sentirlos suyos como un espacio sobre el que pueden y deben tomar decisiones, sin quedar sometidas a la biología impuesta, es necesario brindar herramientas que permitan desarrollar un enfoque crítico que cuestione las imposiciones de la biología y cultura.

Un elemento imprescindible es la educación, no solo de la sexualidad que es fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y productivos, es importante pensar en una educación integral que permita a las mujeres romper con los diversos paradigmas que las rodean, la educación integral es la base para acceder a la educación sexual, porque cuando no hay conocimientos sólidos generales, difícilmente un mujer puede tener un soporte que le ayude a comprender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con libertad y sin culpa. Esta es la base para desplegar horizontes como el derecho a interrumpir un embarazo, para forjar autonomía y exigir el goce de todos los derechos humanos, la educación es el elemento que permite mover los paradigmas, cuestionarlos, cambiar y generar conciencia crítica.

[...] que hubiera educación sexual amplia a todos los niveles (...) a las mujeres de zonas rurales e indígenas, y a las y los jóvenes. El segundo, un acceso amplio a anticonceptivos que fueran, además, baratos y seguros. El tercero era el derecho al aborto, considerado como una excepción, como el último recurso. Y el cuarto era la exigencia de que no se esterilizara a las mujeres sin su consentimiento (Lamas, 2001: 120).

Cuando las mujeres tienen herramientas que la educación de la sexualidad ofrece buscan liberarse del destino biológico impuesto y encuentran caminos para ser independientes y libres. Es necesario reclamar a las instituciones el libre ejercicio y toma de decisiones sobre el cuerpo, identificarlo como un espacio para decidir y disfrutar. La maternidad debe ser un proceso elegido, libre y voluntario, donde las mujeres no estén sujetas a su condición biológica, para responder a las construcciones culturales que el género exige.

Cuando existen condiciones como la educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos las mujeres tienen herramientas que permiten cuestionar aquello impuesto, la maternidad no se visualiza como destino, el cuerpo no se encuentra expuesto a la voluntad de *otros*. La educación sexual como parte esencial en la toma de decisiones de las mujeres es imprescindible, porque cuando una mujer tiene información y conoce su cuerpo, otras posibilidades de ser y saberse mujer aparecen en su vida.

La educación es un proceso transformador que modifica lo establecido y reconfigura a la mujer en función de su sexo. Las mujeres pueden aprender a visualizar otras alternativas diferentes de la maternidad, elementos como la cultura, religión y política, se oponen a esta nueva forma de ser mujer en una sociedad, lo que lleva a enfrentar constantemente imposiciones y roles que deben cumplir cuando no tienen herramientas que permitan cuestionar estas construcciones culturales. La educación es un elemento preventivo que lleva a utilizar el aborto como último recurso, pero cuando no se cumplen estos elementos la legalización de es una obligación para asegurar la vida de las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos tradicionalmente se han enfocado casi de forma exclusiva en atender la reproducción, sin embargo, la esfera de la sexualidad en el ser humano es más amplia y abarca diferentes elementos de la complejidad del ser humano; de acuerdo con Eusebio Rubio (1994) se conforma por cuatro holones: erotismo, vinculación afectiva, género y reproducción, es decir, abarca al ser humano de forma integral en diferentes aspectos de la vida. La política de salud bajo un marco rígido atiende sólo a la

reproducción y en específico los periodos de gestación, donde se procura cuidado especial para la mujer, pero cuando ésta termina con el embarazo no se aseguran sus derechos ni protección social.

Las políticas públicas se enfocan al cuidado del infante, en pocos casos aseguran los derechos de la mujer a la salud, alimentación y trabajo. *En México, sentar las condiciones básicas para los derechos reproductivos supone por lo menos dos requisitos: deconstruir la idealización de la maternidad y respetar la condición laica de nuestro Estado* (Lamas, 2001:64). Sin embargo, estas condiciones no se cumplen, en nuestro país existe un Estado-Iglesia que sirve como regulador de la cultura, economía y la política, las leyes están hechas conforme la Ley Natural o de acuerdo con la Ley de Dios, que no dejan cabida a la ley de los hombres y mujeres con base en los derechos humanos como leyes universales.

### **3.2 Salud sexual vs salud reproductiva**

Abordar el tema de salud sexual y reproductiva implica identificar el papel de la mujer y el hombre en la sociedad, donde el índice de la natalidad vinculado al control demográfico de la población se mantienen como pilares para desarrollar un enfoque específico, promover políticas y programas que atiendan problemáticas que definen a los sujetos de atención, focalización de recursos, servicios y la promoción de campañas dirigidas a sectores poblacionales con temas de interés particular, en la definición de las políticas vinculadas a la salud y los procesos reproductivos se han privilegiado dos perspectivas: la biomédica, que aborda los aspectos patológicos y de atención médica y la perspectiva demográfica que resalta la fecundidad como componente del proceso vital de la reproducción (Rico Blanca, *et. alt.* 2003).

México centra sus políticas y programas en un punto de referencia que sitúa a la mujer como población objetivo y principal beneficiaria, esta situación que parece favorecer a las mujeres, en el trasfondo las sitúa como el actor responsable de la salud en términos reproductivos, así refuerza la construcción cultural que determina a las mujeres como madres, cuidadoras y reproductoras de la especie humana, situación que lejos de ampliar el panorama las mantiene cautivas en su rol tradicional.

Debido a la clara relación entre sexualidad y reproducción, las políticas de salud reproductiva han generado siempre un intenso debate porque se han centrado en

el papel tradicional de las mujeres como únicas responsables de la procreación y la conservación de la especie, sin considerar que, desde hace varias décadas, este papel ha sufrido profundas transformaciones (Rico Blanca, *et. alt.* 2003).

El desarrollo de la política en materia de salud sexual y reproductiva prioriza la esfera reproductiva sin contemplar un enfoque amplio de la sexualidad que vislumbre diversos aspectos de la vida de mujeres y hombres, cuando no se trasciende el paradigma tradicional que reproduce funciones específicas para cada sexo, pocos son los avances que lograr. *La salud sexual y reproductiva de la mujer guarda relación con varios derechos humanos, como el derecho a la vida, a no ser sometido a tortura, a la salud, a la intimidad, a la educación y con la prohibición de la discriminación* (ONU, 2014).

Las políticas en materia de salud sexual y reproductiva necesitan ampliar su enfoque para contemplar aspectos psicosociales, ambientales y dejar la heteronormatividad como regla general, que ubica a las mujeres solo con fines reproductivos, debe incluir un enfoque de derechos humanos que atienda las necesidades integrales de las mujeres, propiciar la libertad de elección y el derecho a los diferentes proyectos de vida que no necesariamente responden a fines reproductivos.

La salud sexual y reproductiva vinculada al sexo mujer, no solo prescribe el rol de madre, también delimita la atención para las mujeres en las etapas de vida donde la fecundidad está presente. Durante este ciclo las mujeres cuentan con programas que atienden problemas como embarazo, parto, lactancia, uso de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, esto limita la atención integral y el desarrollo de programas que procuren la atención de otras etapas de vida como la adultez y envejecimiento, sin ser explícito, muestran que el sector salud reconoce de forma importante la reproducción como el tema principal en el desarrollo de programas.

Como ejemplo, en México el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en el primer objetivo de las Metas Nacionales: “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”, establece las líneas de acción y estrategias en función de la salud sexual y reproductiva.

ESTRATEGIA 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables Líneas de acción:

1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.

1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.

- 1.5.3. Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad.
- 1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.
- 1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.
- 1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave.
- 1.5.7. Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.
- 1.5.8. Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.
- 1.5.9. Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.
- 1.5.10. Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.

Las estrategias responden a problemas específicos con prioridades de atención, se destacan aspectos de la salud donde las enfermedades e infecciones de transmisión sexual son el eje de medidas a desarrollar y se enfocan a la prevención, tratamiento y detección oportuna de éstas; la atención de la salud sexual y reproductiva privilegia las edades fértiles de la población y pone énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables, temas como la planificación familiar, educación y el acceso a servicio de salud, se encuentran presentes, pero no son una prioridad, pese a que en gran medida, estos rubros permiten reducir los riesgos de la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, las Estrategias Transversales en relación con la Perspectiva de Género y sus Líneas de Acción<sup>4</sup> se focalizan hacia las mujeres en edad fértil como las responsables del embarazo, la prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Al menos estos dos ejemplos, sirven para evidenciar la necesidad de desarrollar un enfoque integral que considere las etapas de crecimiento y desarrollo en la vida no solo de las mujeres en edad fértil, sino de las personas en general, lo

---

<sup>4</sup>ESTRATEGIAS TRANSVERSALES. Perspectiva de Género: Garantizar a las mujeres en edad fértil los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva. y Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena. e Impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas. e Instrumentar acciones para facilitar el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia en todo el sistema de salud. y Realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven. e Impulsar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 en todo el sector salud a nivel nacional. y Fortalecer la prevención y atención de las adicciones con perspectiva de género. y Promover actividades de deporte y bienestar físico de acuerdo con requerimientos específicos de las adultas mayores.

que ofrece la posibilidad de atender temas emergentes que surjan de los cambios sociales y necesidades de la población de acuerdo con sus expectativas de vida.

Además, la vida sexual sana, satisfactoria y segura, comprende el acceso tanto a información completa, como a una amplia gama de anticonceptivos y servicios de consejería, de manera que los métodos que elijan estén de acuerdo a sus necesidades físicas, sociales, económicas y emocionales, y que, en caso de elegirlo “las personas puedan separar de la procreación incluso aquella parte de la sexualidad que se puede vincular con ellas: las relaciones coitales heterosexuales” La salud reproductiva incluye también información y el acceso a métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual, así como la posibilidad de interrumpir un embarazo, dentro de la legislación vigente, sin poner en riesgo la salud y vida de la mujer (Rico Blanca, *et. alt.* 2003).

Identificar la salud sexual bajo un enfoque integral donde la reproducción sea un elemento dentro de toda la esfera de necesidades que las personas tienen en su ciclo vital, permitirá romper con el binomio mujer-madre, y mostrar que las problemáticas de salud, son más amplias, donde fenómenos como la violencia, violación a sus derechos humanos, desigualdad social, económica e incluso laboral, entre otros, son temas que afectan la salud y forman parte de su sexualidad, la manera en cómo se relacionan con su contexto sociocultural y cómo éste las ubica en determinados espacios de la vida pública, son elementos que posibilitan que las mujeres construyan su identidad y reconozcan que su salud sexual y reproductiva no se limita a la procreación, control de la natalidad y uso de métodos anticonceptivos.

Las políticas públicas para atender la salud de las mujeres han evolucionado hacia una posición cada vez más incluyente y orientada a las mujeres como sujetos de derechos y con necesidades específicas. Sin embargo, se han centrado exclusivamente en la salud y aparato reproductivo, aunque la salud de la mujer incluye otros aspectos (Rico Blanca, *et. alt.* 2003).

La responsabilidad que se delega a la mujer sobre la reproducción no ofrece herramientas para decidir con libertad sobre su cuerpo y proyecto de vida, niega la posibilidad de tener condiciones de seguridad para interrumpir un embarazo. Si bien, los programas y políticas en materia reproductiva atienden de forma importante el uso de métodos anticonceptivos, el acceso a éstos es limitado para población que se encuentra en condiciones de pobreza, con ello se acentúa la brecha de desigualdad, se transgreden derechos humanos como el derecho a la educación, que hace posible a las mujeres hacer elecciones informadas, así como ejercer su libertad en relación con su cuerpo y reconocimiento del derecho sobre él.

Garantizar los derechos de la mujer en materia de salud sexual y reproductiva significa que se debe respetar la capacidad de decisión de las mujeres en lo que concierne a su cuerpo. Los mecanismos de derechos humanos han criticado sistemáticamente el requisito del consentimiento de terceros para utilizar ciertos servicios por ser contrario a los derechos de la mujer (ONU, 2014).

La salud sexual y reproductiva, parece no atender la interrupción de la reproducción como parte integral de la salud, donde es posible desarrollar programas que cuiden la integridad de la mujer que decide practicar un aborto, el énfasis biológico de la procreación da por supuesto que todo embarazo debe llegar a su fin, pese a no contemplar la calidad y condiciones de vida que tendrá el producto. Bajo este tipo de enfoques que privilegian la maternidad, resulta complejo optar por alternativas para romper con los roles tradicionales asignados, que privan a la mujer de su derecho a elegir en cuanto a su proyecto de vida, también se omiten diversas etapas como la adultez y envejecimiento para reducir los problemas de salud.

Promover un enfoque que incluya a los hombres como participantes de los procesos de reproducción, anticoncepción, así como paternidad responsable, evitará que las mujeres tengan la carga exclusiva de la reproducción, crianza y cuidado de los hijos, es decir, las dobles jornadas de trabajo reproductivo no remunerado. Las políticas y programas se enmarcan bajo la estructura patriarcal que reconoce el papel de la mujer como madre a través de mecanismos simbólicos bajo una ideología naturalista, que ofrece recompensas que se materializan en programas y políticas que privilegian la atención de la salud de la mujer en edades reproductivas, procuran el cuidado del cuerpo en gestación, y después se enfocan en cuidados hacia el infante.

A través de los diferentes marcos normativos, la opresión sexual de las mujeres delinea una construcción ideológica que se basa en dos primicias: la obligación de la heterosexualidad y la reproducción; *la opresión sexual [...] constituye un continuum que comienza con la obligación de la heterosexualidad y sigue con las relaciones sexuales forzadas: violación, abusos, incesto, acoso sexual, etc.* (Portolés, 2007: 119) esta estructura que construye a las mujeres bajo fines determinados, naturaliza el uso de prácticas violentas para que las mujeres se apeguen a la normativa patriarcal, las violaciones sexuales, uso de poder en las instituciones.

La legalización del aborto es la posibilidad de renunciar a la normativa patriarcal de la reproducción, debido a la dificultad que conlleva deconstruir la estructura hegemónica, actualmente el aborto no ha logrado consolidarse como derecho. Es necesario ofrecer un marco interpretativo acerca de la salud sexual y reproductiva con base en los derechos humanos y la dignidad, que asegure la protección de las mujeres sin ser sujetas vulnerables de sufrir criminalización por sus decisiones.

### **3.3 Marco Internacional de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

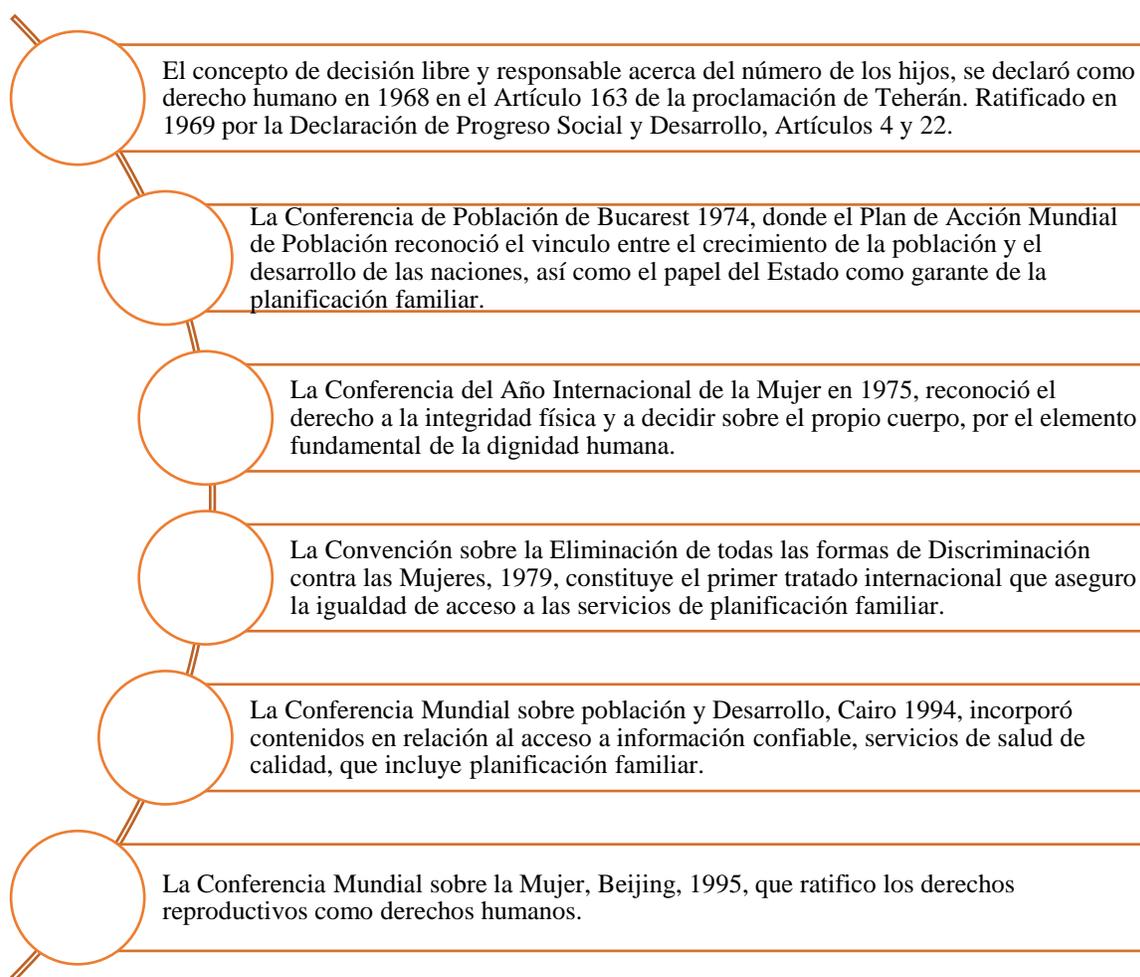
El desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos se forjó a partir de movimientos sociales como el feminista, que consiguió plasmar sus demandas en la agenda internacional para visibilizar las necesidades y problemas emergentes en este ámbito, el avance de este marco conceptual permite ir hacia una posición más incluyente de los factores bio-psico-sociales que debe incluir el tema de la sexualidad y la reproducción.

El desarrollo de la agenda internacional en materia de salud sexual y reproductiva se refleja en las conferencias internacionales de la ONU, que ponen énfasis en el control del crecimiento de la población en los países del tercer mundo, de acuerdo con Barzelatto (1998) *para los países desarrollados era mucho más barato distribuir anticonceptivos que ayudar al desarrollo del tercer mundo* (p.40), la cuestión demográfica y el control de la natalidad se presentó como el eje para utilizar métodos anticonceptivos con la población, por tanto dentro de este enfoque las cuestiones biomédicas y el tratamiento de aspectos patológicos estuvo presente, estos elementos son una constante en los programas de planificación familiar actuales. El desarrollo del enfoque se ha nutrido con las conferencias y acuerdos internacionales que protegen los derechos de las mujeres, puesto que sobre ellas se ha centrado la salud reproductiva y sexual.

Los derechos sexuales garantizan que todas las personas decidan en qué momento y con quien desean tener relaciones sexuales; que tengan acceso a una educación sexual a través de información fidedigna y clara sobre la sexualidad humana, así como las funciones reproductivas y de anticoncepción; que estén libres de todo tipo de discriminación a causa de su orientación sexual, y que tengan servicios de salud sexual de alta calidad, lo que implica atención médica para prevenir o tratar las ITS, así como los padecimientos sexuales que lo requieran (Rico, 2003:187).

Los aspectos que se incluyen dentro del tema deben responder a las problemáticas y temas emergentes de las diversas sociedades, en la actualidad es una necesidad atender la salud materna, la salud reproductiva de la población adolescente, infecciones de transmisión sexual, el aborto inseguro, la mutilación genital femenina y la violencia por razones de género, entre otros, la importancia de abordarlos no se puede entender sin conocer el desarrollo histórico y normativo de la salud sexual y reproductiva.

### Figura 3: Marco internacional en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos



Elaboración propia con base, Sánchez Olvera. Juana Alma Rosa, (2002). Tesis de para obtener el grado de Doctorado en Sociología, *La creación feminista de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la ciudadanía de las mujeres en México*, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 461.

El cuadro expuesto es la síntesis de algunas normativas internacionales desarrolladas históricamente, es visible que a través del tiempo la concepción de la mujer como sujeto de atención ha evolucionado hacia un enfoque integral, sin embargo, aún sigue pendiente el tema del aborto en materia de derechos, es una constante que internacionalmente se mantiene con avances y retrocesos, y se vincula principalmente al control demográfico de la población.

### **3.3.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos**

Los Derechos humanos han evolucionado paulatinamente, si bien, en La Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 sólo se reconocía a los hombres como sujetos de derechos, actualmente a través del principio de igualdad es posible que las mujeres tengan reconocimiento como ciudadanas, que gozan y hacen valer estas garantías universales, inalienables, irrenunciables, intransferibles, imprescriptibles e indivisibles, por el simple hecho de formar parte de la humanidad.

Los derechos humanos fundamentales que se proclamaron en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 permiten que actualmente existan herramientas internacionales efectivas adoptadas por los Estados, para desarrollar políticas y programas al interior de cada nación. Pese a que los Derechos Humanos son universales y buscan proteger la integridad humana, es necesario identificar que dentro de sus artículos se encuentran sesgos que reproducen concepciones tradicionales sobre el papel del hombre y la mujer en la sociedad, no se adecuan a la diversidad de culturas, cosmovisiones y múltiples identidades, que resaltan la importancia de atender y poner énfasis en condiciones humanas básicas, como ejemplo el Artículo 25 establece:

- (1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- (2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Este artículo resalta la maternidad como una etapa que requiere de cuidados y atención especial, de forma indirecta procura el goce y aplicación de los derechos humanos

para que la mujer ejerza esta función social dentro de la familia como espacio privado, para promover la permanencia de esta institución como célula de la sociedad, con ello se reproducen los roles tradicionales que mantienen cautiva a la mujer.

No obstante que la Declaración los Derechos Humanos busca la igualdad de garantías para hombres y mujeres, no rompe con los estereotipos tradicionales que se apegan al modelo patriarcal de la desigualdad, según lo expuesto en el Artículo 25 que se refiere a la maternidad, el esquema mujer-madre o mujer-familia está presente. Si el derecho no fuera androcéntrico, si no tomara al hombre/varón como parámetro de lo humano, reconocería las distintas necesidades de los sexos y las regularía de manera que ninguno de los dos viera sus derechos humanos limitados o violados (Facio, 1999) bajo este supuesto, el lugar de la mujer se desprende de la relación con el hombre y en consecuencia de la reproducción.

El desarrollo de estos postulados ha evolucionado hacia una postura para reinterpretar los derechos humanos, a partir de los cambios sociales que se gestan y las demandas de la sociedad, en la actualidad existe una interpretación progresista que amplía la visibilización de las mujeres y sus problemáticas. Movimientos sociales, hechos históricos y el surgimiento de nuevos fenómenos en la humanidad, así como la transformación de roles sociales y cambio en las instituciones tradicionales como la familia, permiten que los Estados enfatizen en la atención y despliegue de acciones, que procuren que estas garantías se aseguren y adecuen a los cambios y situación de las mujeres.

Los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, constituyentes todos del enfoque de DDHH, imponen el desafío, en el campo de las políticas públicas y agendas de desarrollo, de implementar acciones preferenciales hacia las personas y grupos excluidos de la sociedad. El fortalecimiento de las capacidades de los individuos para ejercer sus derechos, y la de los Estados para garantizarlos y cumplir con sus obligaciones en este plano (Peñas, 2012).

Actualmente las mujeres con base en los derechos humanos y el principio de igualdad tienen la oportunidad de gozar de las mismas condiciones y oportunidades, para ejercer plenamente sus derechos humanos sin importar su edad, color de piel, lugar de nacimiento, identidad de género y proyecto de vida. Cuando se habla de igualdad se busca que las garantías en derechos humanos sean iguales para hombres y mujeres.

### **3.3.2 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)**

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, considerada como la carta de los derechos humanos de las mujeres, es el resultado de más de treinta años de promover y hacer visible la situación de la mujer en relación con el ejercicio de sus derechos humanos. Elementos como la discriminación y violencia hacia la mujer provocan la violación de los principios de igualdad y respeto a la dignidad humana, que se proclaman en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Convención define en su Artículo 1 la discriminación como:

Toda distinción, exclusión o restricción basada en sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas, política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (CEDAW, 1979).

Esta normativa se ocupa atender y hacer visible la situación, social, cultural, económica y política en que se encuentran las mujeres para garantizar sus derechos humanos; temas como la educación, empleo y atención médica, son ejes para desarrollar medidas por parte de las Naciones que asumen el compromiso de manera voluntaria.

Enfatizar y tomar como punto de referencia las diversas situaciones que enfrentan las mujeres, así como el papel que tienen en la sociedad y cómo se ubican en ella, permiten desarrollar medidas efectivas bajo la perspectiva de género, aunque la Convención no lo expresa directamente, el principio de igualdad y no discriminación se encuentra presente al considerar y ubicar a las mujeres en el centro. La mujer en el centro como sujeto de derechos humanos hace visible las problemáticas que enfrenta a raíz de su sexo, así la Convención en su Artículo 12 establece:

1. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En particular, la condición biológica de la mujer la ubica en la reproducción, situación que implica indudablemente aspectos de salud, sin embargo, se debe considerar que la esfera de la atención médica que se expone en dicha Convención más que promover la maternidad como una etapa de cuidados, encamina la atención médica para la mujer en condiciones de igualdad y se preocupa por el embarazo en relación a los servicios de salud que ofrecen los Estados, promueve una nutrición adecuada durante este periodo como condición indispensables para que la mujer y el producto tengan la posibilidad para desarrollarse.

Artículo 16 Los Estados Parte adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Este artículo brinda la base para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, porque considera la libertad de elección, toma de decisiones informada sobre el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, de forma implícita enmarca la posibilidad para desarrollar un proyecto de vida, donde la planificación familiar se ubica como eje rector para ejercer este derecho, así se enuncia la educación e información para tomar decisiones responsables y libres, elementos presentes en esta Convención permiten defender y potencializar el derecho de las mujeres a decir con libertad sobre su cuerpo.

### **3.3.3 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994**

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo permitió que a nivel internacional se reconocieran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos, en consecuencia las políticas de natalidad que se adoptaron por los Estados modificaron las definiciones sobre la población, ya no solo se considera un número abstracto, sino como personas que gozan de derechos humanos, se contemplan otros elementos como la desigualdad, pobreza, discriminación entre otros que influyen de manera directa en la salud sexual y reproductiva.

Temas como la mortalidad materna, embarazo adolescente, uso de métodos anticonceptivos vinculados a una educación sexual integral, acceso a servicios de salud y planificación familiar permean desde ese momento en la agenda de los diversos Estados

miembros. De acuerdo con la Asamblea General de Naciones Unidas en la resolución de las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1999, respecto al aborto menciona:

63. i) En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia [...].

Si bien el aborto no se debe considerar como un método anticonceptivo o de planificación familiar debido a los problemas de salud que provoca cuando se practica con frecuencia, es responsabilidad de los gobiernos garantizar que los servicios salud cubran las condiciones mínimas para que una mujer pueda acceder a servicios de calidad, sin poner en riesgo su vida cuando enfrenta un embarazo de alto riesgo, complicaciones durante el parto y por decidir interrumpir un embarazo.

El aborto en condiciones inseguras es problema de salud pública por las muertes que ocasiona, y se vincula con la incapacidad de los Estados para *ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento psicológico postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos* (Cairo, 1994) bajo este panorama también se debe considerar la problemática que existe con relación al servicio que brindan las instituciones de salud, de igual forma el marco jurídico dispuesto en cada nación para no violar los derechos de las mujeres y proteger su vida.

Las medidas empleadas por los Estados con relación a la prevención de embarazos no planeados, uso de métodos anticonceptivos, violencia sexual, así como una educación para la sexualidad y reproducción, no son efectivas, la obligación que tienen las naciones es permitir a la mujer decidir en libertad sobre su cuerpo y proyecto de vida, ofrecer y garantizar que un aborto se realice en condiciones adecuadas para que la vida de la mujer como ciudadana se garantice. Entender el aborto como un tema de salud pública, significa reconocer las muertes maternas como consecuencia de practicar el aborto sin condiciones adecuadas y una clara violación a los derechos humanos.

El derecho a la salud sexual y reproductiva alude al derecho a acceder a servicios de salud de calidad, a la información amplia y oportuna sobre una gama completa

de servicios, incluida la planificación familiar, la decisión libre sobre la procreación sin coacción de ningún tipo, el ejercicio de una sexualidad placentera, entre otros. En este sentido, este derecho no es sólo leído en clave de derechos individuales, sino que su ejercicio requiere del reconocimiento de derechos sociales, económicos y culturales (Peñas, 2012).

En la negación de las mujeres para elegir sobre su proyecto de vida y cuerpo, se muestra que la legislación correspondiente a cada Estado transgrede a la mujer como ciudadana. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, permite que actualmente en naciones como México, exista legislación federal como el Artículo 4 Constitucional, que da pauta para desarrollar medidas, programas y políticas, que no sólo comprometen a los gobiernos a responder a organismos internacionales, sino que ubiquen el papel de la mujer como sujeta de derechos sustantivos.

### **3.3.4 La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing**

Esta conferencia realizada en 1995 es clave para el desarrollo y fortalecimiento de la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing adoptada de forma por 189 países constituye un programa en favor del empoderamiento de la mujer, que vino a reforzar aquello que se había mencionado en los tratados internacionales que la antecedieron. Establece 12 esferas cruciales para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en aspectos como:

- La mujer y la pobreza
- Educación y capacitación de la mujer
- La mujer y la salud
- La violencia contra la mujer
- La mujer y los conflictos armados
- La mujer y la economía
- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- Los derechos humanos de la mujer
- La mujer y los medios de difusión
- La mujer y el medio ambiente
- La niña

En materia salud desarrolla una serie de compromisos para la mujer y su bienestar, resalta de forma importante la atención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, brindar capacitación al personal de salud y funcionarios en materia de sexualidad y perspectiva de género, porque esta medida permitirá brindar información confiable a las mujeres para que puedan tomar decisiones sobre su salud. Se enmarcan en la esfera de acción *La mujer y la salud*, 5 objetivos concretos a desarrollar por los gobiernos firmantes.

- Objetivo estratégico C.1. Aumentar el acceso de las mujeres durante todo el ciclo de vida a servicios de salud, información y servicios relacionados, asequibles y de calidad.
- Objetivo estratégico C.2. Fortalecer los programas preventivos que promueven la salud de las mujeres.
- Objetivo estratégico C.3. Empezar iniciativas sensibles al género que aborden las enfermedades de transmisión sexual, el VIH / SIDA y las cuestiones de salud sexual y reproductiva.
- Objetivo estratégico C.4. Promover la investigación y diseminar información sobre la salud de las mujeres.
- Objetivo estratégico C.5. Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de la mujer.

Aunque la atención prioritaria está centrada en la atención del VIH/SIDA y la capacitación al personal, específicamente sobre el aborto propone desarrollar investigación para estudiar y atender los factores que inciden en las mujeres para practicar el aborto inseguro que pone en riesgo su vida, considerado de mayor inseguridad para las mujeres en condiciones de pobreza; se promueve mejorar el acceso a los servicios adecuados de salud, así como métodos de planificación familiar eficaces y la atención obstétrica de emergencia. En específico respecto al aborto menciona:

Una gran amenaza para la salud y la vida de las mujeres, se debe promover la investigación para comprender y abordar mejor los factores determinantes y consecuencias del aborto inducido, incluidos sus efectos sobre la fertilidad posterior, la salud reproductiva y mental y la práctica anticonceptiva, así como la investigación sobre el tratamiento de las complicaciones de los abortos y la atención posterior al aborto (ONU, Beijing, 1995:36).

La conferencia refuerza lo planteado en El Cairo 1994, porque enfatiza en la salud de la mujer y centra sus estrategias en la salud sexual y reproductiva y los problemas que afectan a esta población, pero concreta las medidas de acción para consolidar los objetivos y acciones encaminadas. Además de reconocer el derecho de la mujer y del hombre a la información y acceso a métodos seguros, eficaces, y aceptables de planificación familiar, para el control de la fecundidad, por lo otro lado se deben asegurar servicios adecuados de atención de la salud

que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas mayores posibilidades de tener un hijo sano.

### 3.3.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible

Se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ocho objetivos contra la pobreza que los estados miembros se comprometieron a alcanzar para 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen un conjunto de 17 objetivos para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad, injusticia y hacer frente al cambio climático, sin que ninguno de los Estados miembro quede atrás para el 2030, estos son:

- 1: Poner fin a la pobreza
- 2: Hambre Cero
- 3: Buena salud
- 4: Educación de calidad
- 5: Igualdad de género
- 6: Agua limpia y saneamiento
- 7: Energía asequible y sostenible
- 8: Trabajo decente y crecimiento económico
- 9: Industria, innovación, infraestructura
- 10: Reducir inequidades
- 11: Ciudades y comunidades sostenibles
- 12: Consumo responsable y producción
- 13: Acción climática
- 14: Vida marina
- 15: Vida en la tierra
- 16: Paz, justicia e instituciones fuertes
- 17: Alianzas para los objetivos

No obstante, con la valoración que se realizó es una deuda para los Estados cumplir con situaciones pendientes respecto a la salud de la mujer y atender problemas emergentes como el embarazo no planeado, la legalización del aborto, así como asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. En materia de salud se replantea el objetivo 3 *Buena Salud* que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades a través de 13 metas, en específico la meta 3.7 *Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva*, incluye la planificación familiar, información, educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, que se muestra con poco avance, por ello se hace hincapié en el compromiso y voluntad que deben poner las naciones para avanzar en la protección de la salud de la mujer.

Esta estrategia retoma la Conferencia de El Cairo de 1994 en cuanto a los derechos reproductivos para garantizar el acceso universal a la planificación familiar como componente clave de la salud sexual y reproductiva mediante acciones recomendadas para insertarse en la política, porque se identifica el acceso limitado a la planificación familiar como perjudicial debido a la crisis económica global. Expone la necesidad de la planificación familiar como una inversión rentable para que los gobiernos alivien la pobreza con atención de llegar a los grupos más vulnerables, para brindar educación y acceso a métodos anticonceptivos. Respecto al aborto y las consecuencias que provoca cuando se practica en condiciones de inseguridad, menciona:

Quando se enfrentan a un embarazo no deseado, las mujeres con pocos recursos a menudo tienen hijos no deseados o buscan un aborto inseguro, lo que produce tasas altas de mortalidad y morbilidad materna en este grupo de población (UNFPA, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo).

Se enfatiza en la mortalidad y morbilidad materna, sin embargo, respecto al aborto no se especifica alguna medida concreta para atender el fenómeno, pero se expone como una opción a la que recurren las mujeres cuando tienen embarazos no deseados, lo que provoca mortalidad y morbilidad en las mujeres, por ello es importante promover la educación, el acceso y uso de métodos anticonceptivos como herramientas de la planificación familiar.

### **3.4 El aborto ante los derechos sexuales y reproductivos**

El aborto puede considerarse como un fenómeno, un debate, un problema de salud pública, entre otros; pero siempre implica adoptar una postura ante la vida; es un tema que ha cambiado de aristas a lo largo de tiempo, sin embargo, hay dos actores que se mantienen constantes: el papel de la mujer, como aquella que tiene la capacidad moral y el derecho a decidir frente a un embarazo no deseado sin desarrollar ninguna justificación pública, y por otro lado, el lugar de la vida del feto o embrión que supone la existencia de vida humana desde el momento de la concepción, por tanto, niega a la mujer ese derecho con penalizaciones severas por esta práctica (Márquez, 2010: 181).

Más allá de las posiciones cambiantes, el tema necesita ser analizado bajo el marco de los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, lo que significa pensar en el principio de igualdad y el reconocimiento de la diferencia para poder hacer sustantivas esta serie de normativas que buscan asegurar el bienestar de las mujeres, la

igualdad no implica la necesidad de igualar a las mujeres con los hombres, sino pensar en una igualdad para el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos, bajo este enfoque, los derechos sexuales y reproductivos necesitan contemplar las diferencias no sólo de las mujeres en relación con los hombres, sino entre las mismas mujeres. Examinar las diferencias permite comprender cómo las mujeres se apropian de sus derechos sexuales y reproductivos, si estos corresponden a sus necesidades reales y sobre todo si son sustantivos en la vida cotidiana.

Los derechos reproductivos son por naturaleza derechos multidimensionales porque involucran más de una decisión. En ellos coexisten centralmente tres dimensiones: la decisión de tener un hijo, la decisión de cuándo tenerlo, y la decisión del tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad (Sánchez, 2002:227).

Los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva deben contemplar el tema del aborto como un problema de salud pública, si bien no se debe promover como método anticonceptivo, tener presente la necesidad de su regulación es imprescindible en la actualidad, porque las mujeres siguen y seguirán abortando por diferentes razones, puede ser por complicaciones en la salud, mal uso de métodos anticonceptivos, malformaciones en el feto, por la necesidad de dar continuidad a su proyecto de vida, entre muchas otras.

Las mujeres tienen el derecho de decidir sobre su cuerpo como ciudadanas, como personas libres, El tema del aborto seguirá presente en el espacio público porque es uno de esos temas ante los cuales una sociedad se define a sí misma (Márquez, 2003: 198). En la medida en que la sociedad considere al aborto no como un fenómeno individual, sino como un hecho de salud pública que involucra el acceso de las mujeres a elegir en libertad, se posicionará como un asunto de interés público, porque ninguna mujer está exenta de recurrir a esta práctica.

Hay que destacar que lo que es un Problema de salud pública es el aborto inseguro, remite a la interpretación de la salud pública como algo colectivo que afecta a la sociedad y que ha de garantizarse para todos. Así se fundamenta que es obligación social y política actuar para prevenir o disminuir muertes evitables y los riesgos innecesarios para la salud de las mujeres, y reducir las desigualdades sociales (Lerner, 2016: 258).

El grado de reconocimiento, ejercicio y protección de los derechos de las mujeres, es un mecanismo que da cuenta del nivel de desarrollo de un país, el tipo de políticas y

programas que desarrolla para hacer sustantivas estas normativas permite develar la cosmovisión que se tiene sobre las mujeres, sus libertades, derechos y restricciones, además de identificar el lugar que ocupan en la sociedad como ciudadanas.

Las diversas aristas de la temática permiten conocer también las concepciones de una sociedad sobre la democracia, la vida en común y la vida en sí misma. Da luz sobre la manera como se concibe el Estado de derecho y el papel que debe jugar en la vida privada de las personas. También impone una interrogante a las sociedades democráticas: la relación que debe existir entre Estado de derecho y moral o la total ausencia de esta (Márquez, 2003:181).

El aborto legal para todas las mujeres como un derecho sexual y reproductivo, parece una utopía con retrocesos continuos, donde las voces de las afectadas son las más silenciadas, se dejan al margen de las políticas y reformas legislativas, que en el mejor de los casos las ubican como usuarias de atención, pero el tema pendiente es posicionarlas al centro de la problemática, donde se escuchen y consideren sus demandas como ciudadanas, para comprender su cosmovisión sobre el aborto y los significados que giran sobre esta práctica. Reposicionar y deconstruir las estructuras legales y sistemas de salud que se basan en un sistema patriarcal, será una pauta para avanzar hacia la despenalización del aborto y salvaguardar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

A nivel mundial la región que presentan menos restricciones para permitir a las mujeres interrumpir un embarazo es Europa, en contraste con las regiones de Asia, África y América Latina donde el aborto tiene más punitivas para las mujeres e incluso se castiga; esto es un reflejo de la forma en que se identifica el fenómeno del aborto a nivel mundial, donde se sigue penalizado el derecho de las mujeres a elegir sobre su cuerpo y el proyecto de vida; continuación se expone una tabla que se retoma del informe de 2017 que presenta el Guttmacher Institute Abortion Worldwide 2017, Uneven Progress and Unequal Access<sup>5</sup>, sobre el panorama a nivel mundial.

---

<sup>5</sup><https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017> [29/9/2018].

Tabla 1: Legalidad del aborto a nivel mundial

APPENDIX TABLE 1		Status of the world's 193 countries and six territories/nonstates, by six abortion-legality categories and three additional legal grounds under which abortion is allowed, 2017				
Legality category	DEVELOPED REGIONS	DEVELOPING REGIONS				
		Africa		Asia & Oceania		Latin America & Caribbean
<b>1 Prohibited altogether (no explicit legal exception)</b>	Andorra Malta San Marino	Angola Congo-Brazzaville Congo-Kinshasa Egypt Gabon	Guinea-Bissau Madagascar Mauritania Sao Tome & Principe Senegal	Iraq Laos Marshall Islands Micronesia	Palau Philippines Tonga	Dominican Republic El Salvador Haiti Honduras Nicaragua Suriname
<b>2 To save life of woman</b>	Ireland	Côte d'Ivoire Libya Malawi Mali (r,i) Nigeria Somalia South Sudan Sudan (r) Tanzania Uganda		Afghanistan Bangladesh Bhutan (r,i) Brunei Darussalam Indonesia* (r,f) Iran (f) Kiribati Lebanon Myanmar Oman	Papua New Guinea Solomon Islands Sri Lanka Syria*,† Timor-Leste† Tuvalu United Arab Emirates*,† West Bank & Gaza Yemen	Antigua & Barbuda Brazil (r) Chile (r,f) Dominica Guatemala Mexico (r,f) Panama† (r,f) Paraguay Venezuela
<b>3 To save life of woman/preserve physical health</b>	Liechtenstein Monaco (r,i,f) Poland† (r,i,f)	Benin (r,i,f) Burkina Faso (r,i,f) Burundi Cameroon (r) Cen. African Rep. (r,i,f) Chad (f) Comoros Djibouti Equatorial Guinea*,†	Ethiopia (r,i,f) Guinea (r,i,f) Kenya Lesotho (r,i,f) Morocco* Niger (f) Rwanda (r,i,f) Togo (r,i,f) Zimbabwe (r,i,f)	Jordan Kuwait*,† (f) Maldives* Pakistan Qatar (f) Saudi Arabia*,† South Korea* (r,i,f) Vanuatu		Argentina (r) Bahamas Bolivia (r,i) Costa Rica Ecuador Grenada Peru
<b>4 To save life of woman/preserve physical/mental health</b>	New Zealand (i,f) Northern Ireland	Algeria Botswana (r,i,f) Eritrea (r,i) Gambia Ghana (r,i,f) Liberia (r,i,f)	Mauritius† (r,i,f) Mozambique (r,i,f) Namibia (r,i,f) Seychelles (r,i,f) Sierra Leone Swaziland (r,i,f)	Israel (r,i,f) Malaysia Nauru Samoa Thailand (r,f)		Colombia (r,i,f) Jamaica St. Kitts & Nevis St. Lucia (r,i) Trinidad & Tobago
<b>5 To save life of woman/preserve physical/mental health/ on socioeconomic grounds</b>	Finland (r,f) Great Britain (f) Iceland (r,i,f) Japan* (r)	Zambia (f)		Cyprus (r,f) Fiji† (r,i,f) Hong Kong (r,i,f) India† (r,f) Taiwan*,† (r,i,f)		Barbados† (r,i,f) Belize (f) St. Vincent & Grenadines (r,i,f)
<b>6 No restriction as to reason (with gestational and other requirements)</b>	Albania† Australia Austria† Belarus Belgium† Bosnia-Herzegovina† Bulgaria Canada†† Croatia† Czech Republic† Denmark† Estonia France† Germany† Greece† Hungary Italy** Kosovo†,*†	Latvia† Lithuania† Luxembourg† Macedonia† Moldova† Montenegro† Netherlands†† Norway† Portugal†,*† Romania† Russian Fed. Serbia† Slovakia† Slovenia† Spain†,† Sweden*† Switzerland Ukraine United States†,††	Cabo Verde South Africa Tunisia**	Armenia† Azerbaijan Bahrain Cambodia†,† China†† Georgia† Kazakhstan Kyrgyzstan Mongolia** Nepal North Korea†† Singapore§§ Tajikistan Turkey*,†,*† Turkmenistan Uzbekistan Vietnam††		Cuba† Guyana§ Puerto Rico†† Uruguay†

Se aprecia que las regiones con mayor número de restricciones e incluso la prohibición del aborto en su totalidad son las africanas, sin embargo en América en países como República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras y Nicaragua el acceso a la interrupción no está permitido, en ese sentido, ésta región presenta también más número de restricciones, a diferencia de cuatro países, entre los que se encuentran: Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay que permiten el aborto sin restricciones como naciones de Europa.

Por lo tanto, la protección de los derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial es una deuda pendiente de los Estados para responsabilizarse de salvaguardar la vida de las mujeres, y garantizar el acceso a servicios de salud que hagan posible apropiarse de su cuerpo, proyecto de vida y maternidad elegida. El lugar de México con relación al ámbito internacional muestra que no hay un avance real en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el cuidado de su salud sexual, las restricciones solo permiten el aborto cuando la vida de la mujer corre peligro, pese a que nuestro país a firmado la mayoría de los tratados internacionales no se compromete a cumplirlos.

El marco normativo que se presenta, hace visible el avance en materia de derechos para las mujeres, muestra las principales esferas de atención y cómo se ubican las problemáticas principales, así como el compromiso que deben adoptar los Estados a través de la política pública de cada país, sin embargo, aún queda pendiente asegurar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos bajo el marco de los derechos humanos, que asegure la vida de las mujeres legalizando el aborto y reduciendo las punitivas que en la mayoría de las naciones existen. El avance en materia legal a través del tiempo favorece la atención de diversas problemáticas desde una postura cada vez más abierta, en el marco internacional la legislación avanza, sin embargo, el compromiso de las naciones no lo hace al mismo ritmo.

## **Capítulo 4.**

### **El servicio de la ILE, a diez años de la despenalización**

Este capítulo aborda la despenalización del aborto a través de las reformas al marco legal como el Artículo 4 y el Código Penal Federal, se analiza el Código Penal para el Ciudad de México y su relación para instituir al servicio de la ILE, se expone la última modificación al servicio que incluye la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Posteriormente se describe el servicio de la ILE con elementos como: clínicas de atención, gratuidad del servicio y cuota de recuperación, ILE después de las 12 semanas de gestación, objeción de conciencia en el personal médico y el tiempo de atención para realizar el procedimiento, con la finalidad de identificar el panorama del servicio con base en la normativa actual.

#### **4.1 Despenalización del aborto en la Ciudad de México**

El feminismo hizo posible hablar de lo prohibido y estigmatizado, introdujo en el discurso y ámbito público un fenómeno social que afecta a la mitad de la población y pone en riesgo su vida, en la Ciudad de México y diferentes entidades de la República abrió el debate para visibilizar la situación de las mujeres, sus derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, violencia y el número de muertes consecuencia de abortos inseguros.

México por ser una Federación, las causas por las que se permite a las mujeres abortar de manera legal varían en cada entidad federativa. Desde 1931 en el Distrito Federal (DF) no se sanciona el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación, no hubo intención de realizarlo (aborto culposo) o se encuentra en peligro la vida de la mujer embarazada. Si bien esta legislación estuvo vigente durante casi setenta años, no se garantizaron servicios de aborto legal en las

instancias públicas de salud; es decir, no existió voluntad para generar políticas de gobierno al respecto (GIRE, 2007).

Al legalizarse la interrupción del embarazo en la Ciudad de México y modificar las agravantes en diferentes estados del país, se ubicó a la mujer como ciudadana en el espacio público y político con la capacidad de ser sujeta de derechos reconocida por el Estado a través de su normativa, por otro lado, fue visible la necesidad de reivindicar la separación del Estado y la Iglesia Católica para hacer sustantivos los derechos de las mujeres y mostró que se ganan a través de luchas constantes ante instituciones que no ceden en el reconocimiento de las mujeres como personas autónomas y libres.

La legalización del aborto en la Ciudad de México evidenció el temor político de enfrentarse a la Iglesia Católica con su fanatismo religioso que vulnera los derechos sexuales y reproductivos, y *pretende que las creencias religiosas influyan sobre las leyes que van a regir tanto a creyentes como a no creyentes* (Colegio de Bioética en Lamas, 2017: 47), por ello el avance en la despenalización del aborto, no puede entenderse sin conocer el desarrollo de la política en México vinculada a la participación de la Iglesia en la toma de decisiones respecto al tiempo de vida para diferenciar un feto o embrión de una persona, y en ese sentido criminalizar a las mujeres. La Ciudad de México es la única entidad federativa que ha logrado consolidar este derecho a través de legislación.

[...] la reforma al Código Penal y la Ley de Salud del DF han traído consigo condiciones que transforman radicalmente la experiencia del aborto en una posibilidad que refuerza la construcción de las mujeres como sujetos autónomos con derecho a decidir plenamente sobre su cuerpo y su vida (Flores, 2012: 7).

Aun cuando la interrupción del embarazo se ha legalizado, las condiciones del servicio requieren de una evaluación y seguimiento para conocer cómo se ofrece y cómo las mujeres hacen sustantivo su derecho. La despenalización no garantiza por sí sola el acceso a este servicio, existen barreras en la organización, el tipo de atención, así como factores propios de las mujeres tales como la escolaridad, nivel de ingresos, creencias, construcciones culturales, redes de apoyo, información y educación que se ofrece para la toma de decisiones.

Los prejuicios, creencias y estigmas se reflejan en la atención que ofrecen los servicios de salud, a pesar de que las instituciones se encuentran reglamentadas y deben apegarse a los marcos normativos, las personas que se encuentran al frente de las instituciones trasladan sus intereses particulares a las funciones que realizan, lo que influye en la calidad

del servicio, de la atención que se recibe depende en gran medida que las mujeres accedan a su derecho con libertad.

La conquista de este derecho donde convergen múltiples relaciones de poder, prejuicios e intereses políticos requiere de un seguimiento constante para conocer cómo se ejerce el derecho. Los servicios envejecen y con ello reducen su calidad, cuando se trata del sector público el deterioro afecta a la población más vulnerable, porque las mujeres se convierten en un folio, una estadística, un número; en contraste, cuando los recursos económicos permiten a una mujer acudir a una institución privada, son clientes. Bastos son los casos de denuncia e investigación, que dan cuenta de la violencia que se recibe dentro de las instituciones de salud que atienden a las mujeres.

Desde el activismo feminista se ha denunciado la actitud machista de la mayoría de los médicos (médicas incluidas, pues el machismo no es cuestión de cuerpos sino de mente) y muchas académicas han criticado el papel clave que éstos tienen como guardianes (*gatekeepers*) de una serie de procedimientos que les permitirían a las mujeres alcanzar el control sobre sus procesos reproductivos, como es el caso del aborto con medicamento (Lamas, 2014: 57).

Indagar sobre las condiciones en que se lleva la interrupción del embarazo y se garantiza como derecho, hace posible evaluar en qué medida el Estado cubre con los servicios de salud, la aceptación que la población tiene hacia temas emergentes que rompen con el estereotipo de mujer tradicional (mujer-madre), así como el conocimiento que hay sobre los derechos sexuales y reproductivos, y las condiciones de la educación sexual como pilar básico y sustento de un proyecto de vida. Es imprescindible saber que los derechos no sólo se legislan, que no son exclusivos de determinadas zonas de residencia, los derechos de las mujeres no deben pender de intereses políticos, religiosos, demográficos o económicos, los derechos de las mujeres deben ser universales para todas y accesibles.

## **4.2 Artículo 4° y Código Penal Federal**

De acuerdo con la última modificación del 15 de septiembre de 2017 a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se establece en el Artículo 4:

#### **Figura 4: Artículo 4° constitucional**

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.  
Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Este artículo instaura las líneas rectoras a partir del marco internacional y retoma la Conferencia sobre Población y Desarrollo de 1994, lo que hace posible al Estado mexicano establecer las condiciones necesarias para ofrecer información confiable, servicios de salud y acceso a métodos anticonceptivos que permitan la planificación familiar. El Estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud, para procurar la protección de la población, sin embargo, cuando nos referimos a los servicios para practicar un aborto queda pendiente homologar la legislación para que las mujeres de todos lugares accedan a los servicios de salud forma segura. Por su relevancia este artículo se retoma para hacer las modificaciones pertinentes al Código Penal Federal respecto a las agravantes del aborto, de acuerdo con la última reforma del 21 de junio de 2018 menciona:

#### **Figura 5: Código Penal Federal CAPITULO VI Aborto**

##### **CAPITULO VI Aborto**

Artículo 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 330.- Al que hiciere abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare violencia física o moral se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 331.- Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 332.- Se impondrán de seis meses a un año de prisión, a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I.- Que no tenga mala fama;
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo,
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.

Artículo 333.- No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

El Código Penal Federal define el aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, los conceptos empleados para la definición como el término “preñez” que con frecuencia se utiliza para referirse animales en gestación, es peyorativo para las mujeres embarazadas, la propia definición se encuentra envuelta en un lenguaje violento y misógino. En esta normativa no se sanciona el aborto en caso de violación a nivel nacional, reduce la pena de prisión siempre que la mujer cubra tres elementos:

- I.- Que no tenga mala fama
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima

Estas consideraciones con evidencia muestran que las mujeres en México deben responder a las construcciones patriarcales que las ubican como un ser para los *otros*, que necesitan cumplir con la obligatoriedad de la maternidad o ser víctimas de violencia sexual para que puedan ejercer su derecho sobre el cuerpo sin ser criminalizadas.

Es necesario incorporar la perspectiva de género en la legislación cuando se abordan temas que afectan la vida de las mujeres, el Estado mexicano protege injustamente los derechos del producto de la concepción antes que las garantías de las mujeres como ciudadanas, y no las considera como sujetas políticas porque antepone diversos intereses que obstaculizan el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, la lógica patriarcal se refleja en la estructura que legisla sobre la vida de las mujeres y sus cuerpos.

En las diferentes entidades del país las constituciones locales establecen la protección de la vida desde el momento de concepción, de acuerdo con la modificación de sus artículos la punitiva del aborto se vuelve más restrictiva, no hay una regulación constate ni uniforme en el país; a continuación, se presenta una tabla que refleja cómo se encuentra regulada la protección de la vida desde la concepción.

**Tabla 2: Legislación que protege desde la concepción**

ENTIDAD	LEGISLACIÓN
Aguascalientes	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que protege la vida desde la concepción
Baja California	<b>Artículo 7</b> (REFORMADO, P.O. 10 DE ABRIL DE 2015) [...]de igual manera esta norma fundamental tutela el derecho a la vida, desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural o no inducida.
Baja California Sur	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Campeche	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Chiapas	<b>Artículo 4</b> (REFORMADO, P.O. 27 DE JUNIO DE 2011) El Estado reconoce, protege y tutela, el derecho a la vida que todo ser humano tiene. Desde el momento de la concepción, entra bajo la protección de la Ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, salvo las excepciones que establezca la legislación penal.
Chihuahua	<b>Artículo 5</b> (REFORMADO, P.O. 1 DE OCTUBRE DE 1994) Todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción. En el Estado de Chihuahua no podrá establecerse la pena de muerte.
Coahuila de Zaragoza	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Colima	<b>Artículo 1</b> (REFORMADO PRIMER PÁRRAFO, P.O. 7 DE NOVIEMBRE DE 2015) I.- La vida es un derecho inherente a toda persona. El Estado protegerá y garantizará este derecho desde el momento de la concepción.
Ciudad de México	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Durango	<b>Artículo 3</b> (REFORMADO, P.O. 29 DE AGOSTO DE 2013) El Estado de Durango reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, salvo las excepciones que establezca la ley.
Guanajuato	<b>Artículo 1</b> (REFORMADO 26 DE MAYO DE 2009) Para los efectos de esta Constitución y de las leyes que de ella emanen, persona es todo ser humano desde su concepción hasta su muerte natural. El Estado le garantizará el pleno goce y ejercicio de todos sus derechos.
Guerrero	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Hidalgo	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción

Jalisco	<b>Artículo 4</b> (REFORMADO PRIMER PÁRRAFO, P.O. 2 DE JULIO DE 2009) Toda persona, por el sólo hecho de encontrarse en el territorio del estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución, siendo obligación fundamental de las autoridades salvaguardar su cumplimiento. Asimismo, el Estado de Jalisco reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.
Michoacán de Ocampo <b>Sin dato</b>	
Morelos	<b>Artículo 2</b> Artículo 1 BIS (ADICIONADO, P.O. 25 DE MAYO DE 2016) De los Derechos Humanos en el Estado de Morelos: En el Estado de Morelos se reconoce que todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción, y asegura a todos sus habitantes, el goce de los Derechos Humanos, contenidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la presente Constitución y, acorde con su tradición libertaria, declara de interés público la aplicación de los artículos 27 y 123, de la Constitución Fundamental de la República y su legislación derivada.
Estado México	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Nayarit	<b>Artículo 7</b> (ADICIONADA, P.O. 16 DE DICIEMBRE DE 2010) XIII. Los derechos sociales que a continuación se enuncian: 1.- Se reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación natural o artificial y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.
Nuevo León <b>Sin dato</b>	
Oaxaca	<b>Artículo 12</b> (REFORMADO, P.O. 30 DE JUNIO DE 2015) En el Estado de Oaxaca se protege y garantiza el derecho a la vida. Todo ser humano desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales hasta su muerte natural.
Puebla	<b>Artículo 26</b> (REFORMADO, P.O. 3 DE JUNIO DE 2009) IV. La vida humana debe ser protegida desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, salvo los casos previstos en las leyes.
Querétaro	<b>Artículo 2</b> (ADICIONADO, P.O. 13 DE MAYO DE 2016) El Estado respeta, reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, desde el momento de la fecundación, como un bien jurídico tutelado y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta la muerte. Esta disposición no deroga las excusas absolutorias ya contempladas en la legislación penal.
Quintana Roo	<b>Artículo 13</b> (ADICIONADO PRIMER PÁRRAFO, P.O. 15 DE MAYO DE 2009) El Estado de Quintana Roo reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la concepción entra bajo la protección de la ley y se le reputa como sujeto de derechos para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte. Salvo las excepciones que establezca la ley.

San Luis Potosí	<b>Artículo 16</b> (REFORMADO, P.O. 3 DE SEPTIEMBRE DE 2009) El Estado de San Luis Potosí reconoce la vida humana como fundamento de todos los derechos de los seres humanos, por lo que la respeta y protege desde el momento de su inicio en la concepción. Queda prohibida la pena de muerte, la cual no podrá aplicarse en ningún caso. No es punible la muerte dada al producto de la concepción, cuando sea consecuencia de una acción culposa de la mujer; el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación indebida; o de no provocarse el aborto la mujer corra peligro de muerte.
Sinaloa	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Sonora	<b>Artículo 1</b> (REFORMADO PRIMER PÁRRAFO, B.O. 19 DE JUNIO DE 2014) El Estado de Sonora tutela el derecho a la vida, al sustentar que, desde el momento de la fecundación de un individuo, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural. Se exceptúa de este reconocimiento, el aborto causado por culpa de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea resultado de una violación o cuando, de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora, así como los casos de donación de órganos humanos, en los términos de las disposiciones legales aplicables.
Tabasco	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Tamaulipas	<b>Artículo 16</b> (REFORMADO, P.O. 8 DE NOVIEMBRE DE 2012) El pueblo de Tamaulipas establece que el respeto a la vida, la dignidad de la persona, la libertad, la igualdad y la justicia constituyen la base y el objeto de las instituciones públicas y sociales. En consecuencia, el Estado de Tamaulipas reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano desde el momento de la fecundación hasta su muerte natural; esta disposición no deroga las excusas absolutorias ya previstas en la legislación penal.
Tlaxcala	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Veracruz de Ignacio de la Llave	<b>Artículo 4</b> (ADICIONADO, G.O. 23 DE AGOSTO DE 2016) El Estado garantizará el Derecho a la vida del ser humano, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como valor primordial que sustenta el ejercicio de los demás derechos; salvo las excepciones previstas en las leyes.
Yucatán	<b>Artículo 1</b> (ADICIONADO, D.O. 7 DE AGOSTO DE 2009) El Estado de Yucatán reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural, sin perjuicio de las excluyentes de responsabilidad previstas en el Código Penal del Estado de Yucatán.
Zacatecas	La constitución del estado seleccionado no contiene artículo que proteja la vida desde la concepción
Elaboración propia con base en: GIRE, <i>Constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción</i> , Disponible en: <a href="https://gire.org.mx/consultations/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/?cat=normativa&amp;type=aborto-legal-y-seguro">https://gire.org.mx/consultations/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/?cat=normativa&amp;type=aborto-legal-y-seguro</a> .	

La legislación en cada entidad es diferente, sin embargo, se observa que en aquellas donde se protege la vida desde la concepción, también prohíben la pena de muerte, como es el caso de Chihuahua; otras entidades protegen la vida desde la concepción salvo excepciones que se establezcan en la ley. En total 12 entidades dentro de sus constituciones locales no tienen artículos que protejan la vida desde la concepción, pero a nivel nacional todos los estados de la República no sancionan el aborto en casos de violación.

### **4.3 Código Penal para el Ciudad de México**

A diferencia del Código Penal Federal el aborto en la Ciudad de México se define como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, se castiga solo después de este periodo. Las sanciones para el aborto forzado o sin consentimiento de la mujer tienen mayor severidad en la Ciudad de México en comparación con el nivel federal; las designadas para el aborto después del periodo establecido varían: de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo en favor de la comunidad para la mujer que voluntariamente practique su aborto, estas sanciones son menos severas que las señaladas en el Código Penal Federal e involucran la participación de diferentes actores, no sólo a la mujer como responsable.

En la Ciudad de México es obligatorio para el personal de salud informar a las mujeres sobre el procedimiento para tomar la decisión con libertad, además se cuenta con la atención necesaria para diagnosticar embarazos que ponen en riesgo la salud de la mujer, detectar problemas en el desarrollo del producto y proceder según el caso con la interrupción del embarazo. La legislación en la Ciudad de México es de avanzada en comparación con el resto del país, hay mayor acceso para las mujeres al servicio y se retoma gran parte de la legislación internacional para proteger los derechos reproductivos de las mujeres

## Figura 6: Código Penal para el Ciudad de México

### CAPÍTULO V ABORTO

ARTÍCULO 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

ARTÍCULO 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.

ARTÍCULO 146. Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Pare efectos de este artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.

ARTÍCULO 147. Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

ARTÍCULO 148. Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este Código;

I. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;

III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia de este, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada;

IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada. En los casos contemplados en las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

De acuerdo con esta normativa el Estado asume la responsabilidad de reducir el número de muertes por practicar abortos en malas condiciones, proporcionar educación para la reproducción y sexualidad, además de contar con personal capacitado que atienda a las mujeres para ofrecer atención de calidad y orientar durante el procedimiento en el servicio, con estas acciones las mujeres tienen el derecho a decidir sobre su cuerpo y existe una ley que las respalda como sujetas.

#### **4.4 Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE, en la Ciudad de México**

Las reformas al Código Penal para la Ciudad de México y la Ley de Salud para la Ciudad de México, publicados en 2007 y 2009 respectivamente, hicieron posible contar con personal capacitado, insumos y recursos para proceder de forma legal y segura en las instituciones de salud con la interrupción del embarazo, además de ofrecer seguimiento después del proceso para las mujeres. Los resultados son satisfactorios y sin complicaciones, se avanza en las reformas pertinentes para asegurar el derecho efectivo de las mujeres a proteger su vida y decidir sobre su cuerpo y sexualidad, en la actualidad se contemplan nuevas necesidades para atender situaciones que antes no se consideraron.

Actualmente las modificaciones a los “Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Ciudad de México”, publicados en la Gaceta Oficial del entonces Distrito Federal en 2006, incorporan otras normativas como la Ley General de Víctimas, en cuanto a Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, para atender integralmente a las víctimas de violación, o que sufren violencia en sus espacios cotidianos, también considera la Estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de la Ciudad de México, para ofrecer el servicio a las menores de edad y proporcionar información sobre la salud sexual y el acceso efectivo y gratuito a todos los métodos de planificación familiar.

En la Ciudad de México las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva son las instituciones encargadas de garantizar el derecho a la maternidad elegida para las mujeres con el Servicio ILE, en abril de 2018 se publica en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México una actualización a los Lineamientos de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo, que permite a las mujeres interrumpir su embarazo hasta la vigésima semana completa de gestación, veinte semanas seis días (20.6), en casos específicos como violación sexual y cuando el producto de la gestación presenta alteraciones genéticas o congénitas que pongan en riesgo la salud de la embarazada o la supervivencia del nonato.

## **Figura 7: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**

### **CAPÍTULO III INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)**

**Séptimo.** La Interrupción Voluntaria del Embarazo es aquella que podrán realizar los integrantes del Sistema de Salud de la Ciudad de México, hasta la vigésima semana completa de gestación, como consecuencia de una violación sexual, sin que la usuaria lo haya denunciado ante las autoridades competentes, en términos de lo previsto en la NOM-046-SSA2-2005. Se entenderá por vigésima semana completa de gestación, a las veinte semanas seis días (20.6).

**Décimo Séptimo.** Cuando la edad gestacional rebase la vigésima semana completa, deberá ser referida por el personal médico que la atiende, sin dilación alguna a la unidad médica de salud pública de Tercer Nivel de Atención con Especialidad en Gineco-Obstetricia.

**Décimo Octavo.** El personal médico brindará las facilidades a la autoridad competente y/o sus auxiliares, para que lleven a cabo las diligencias necesarias en la investigación del hecho delictivo.

**Décimo Noveno.** La Interrupción del Embarazo cuando se encuentre en riesgo la vida de la mujer o exista afectación grave a su salud, podrá realizarse en cualquier momento de la gestación, a juicio del médico que le asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora, en términos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal y cumpliendo con los requisitos previstos en las fracciones I, II, III y IV del Lineamiento Décimo Quinto, del presente instrumento.

**Vigésimo.** La Interrupción del Embarazo cuando el producto de la gestación presenta alteraciones genéticas o congénitas, previa emisión del dictamen respectivo, podrá realizarse en cualquier momento de la gestación, siempre que a juicio de dos médicos especialistas, exista razón suficiente para diagnosticar que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada, en términos de lo dispuesto en la fracción III del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal y cumpliendo con los requisitos previstos en las fracciones II, III y IV del Lineamiento Décimo Quinto, del presente instrumento.

**Vigésimo Primero.** Al personal médico que le soliciten la práctica de Interrupción del Embarazo de una menor de doce años, en cualquiera de los supuestos previstos en los presentes Lineamientos, tiene la obligación de hacerlo del conocimiento de la autoridad competente y de la Procuraduría de Protección de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México.

La gaceta desarrolla el procedimiento que se debe seguir para casos específicos, y solicita al personal de salud una serie de aptitudes, actitudes y habilidades para brindar atención con calidad y calidez:

**Vigésimo Noveno.** El personal de salud que participe en los procedimientos para la Interrupción del Embarazo adoptará una actitud empática y respetuosa de la dignidad humana, vigilando la confidencialidad y seguridad del procedimiento a realizar a las personas usuarias, afiliadas o derechohabientes.

Los lineamientos de 2006 no mencionan que el personal de salud tenga obligación de cubrir requisitos específicos durante la atención con la usuaria, sin embargo, esta modificación contempla características que demandan capacitación constante. El desarrollo

del programa ILE evoluciona de acuerdo con las nuevas necesidades, pero es necesario legislar para mantenerlo en la Ciudad de México y se homologue al resto del país.

#### **4.5 Descripción del servicio ILE en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de México**

A una década de la despenalización del aborto en la Ciudad de México, las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva<sup>6</sup> son las instituciones encargadas de garantizar el derecho a la maternidad elegida para las mujeres, a través del Servicio de la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México, los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Ciudad de México, establecen la estructura del servicio y detallan las actividades para el personal de salud a cargo. Es responsabilidad del Gobierno de la Ciudad de México a través de la Secretaría de Salud, dar cumplimiento al derecho constitucional de protección de la salud, que tiene entre otras finalidades, el bienestar físico, mental y social de la mujer para contribuir así al pleno ejercicio de sus capacidades.

El requisito obligatorio para que las solicitantes accedan al servicio, es el formato de “Consentimiento Informado de la Usuaría para la Interrupción Legal del Embarazo”, con este requisito se asegura que la mujer se presenta libre de coacciones o sin ser obligada ante la institución de salud, sin embargo, no da cuenta del proceso recorrido por las mujeres para acceder al servicio. Cuando la mujer embarazada sea menor de edad, el médico tratante, además deberá recabar en el citado formato, la firma o huella digital de consentimiento del padre, madre, quien ejerza la patria potestad, tutor o responsable legal de la derecho habiente o usuaria. En los siguientes apartados se describe el servicio de la ILE de acuerdo con los lineamientos de operación.

---

<sup>6</sup> Estas clínicas funcionan también como Centros de Capacitación de personal médico y paramédico de diferentes lugares de la República Mexicana, así como de otros países. Su objetivo es prevenir embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, en la población en edad reproductiva de la Ciudad de México, así como proveer información para construir una vida sexual sana y responsable. Disponible en: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/312> [05/01/2019].

#### **4.5.1 Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México donde se ofrece el Servicio ILE**

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México tiene la función de operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención médica, atención materno infantil, servicios de salud para la mujer y servicios de salud sexual y reproductiva; para operar el Servicio de la ILE se crearon 13 unidades médicas denominadas Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, entre ellas se incluyen centros de salud y clínicas especializadas en servicios integrales de salud sexual y reproductiva:

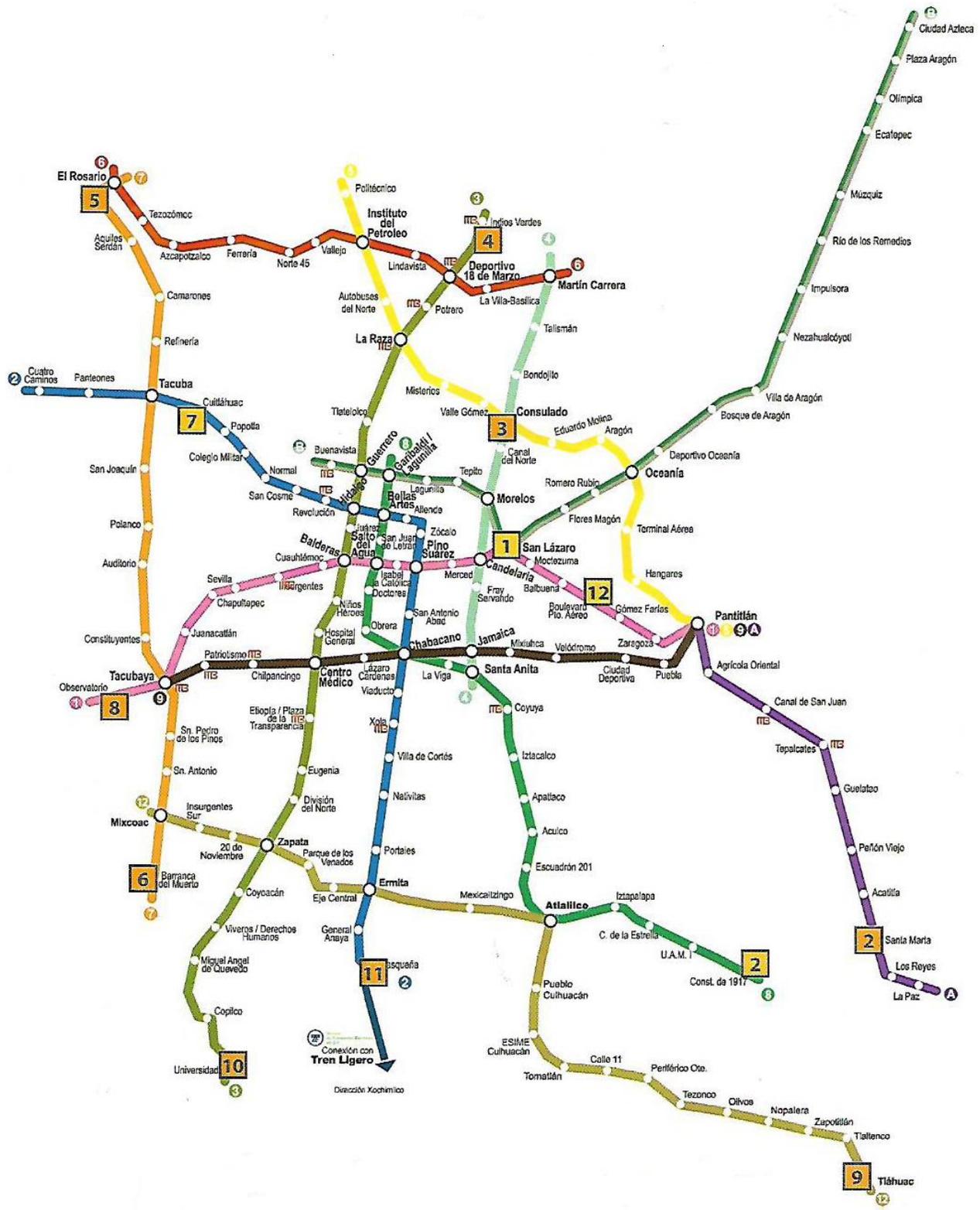
- Centro de Salud T-III Cuajimalpa
- Clínica Comunitaria Santa Catarina
- Clínica Integral de Salud Reproductiva del Centro de Salud T-III México España
- Clínica de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada
- Clínica del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán

En estos espacios la atención se brinda de forma gratuita a todas las mujeres que acceden al servicio, porque son instituciones que dependen directamente de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En el caso de los hospitales generales, al ser dependientes de la Secretaría de Salud Federal el servicio de la ILE tiene un costo sujeto a un estudio socioeconómico que realiza el personal de Trabajo Social; para las mujeres residentes de la Ciudad de México que cuenten con la Cédula de Filiación al Programa Gratuidad el servicio es gratuito en cualquier institución de salud.

- Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez
- Hospital General Dr. Enrique Cabrera
- Hospital General Ticomán
- Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc
- Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
- Hospital Materno Infantil Tláhuac
- Hospital Materno Pediátrico Xochimilco

La ubicación de las clínicas ofrece la oportunidad de acceder desde diferentes puntos de la ciudad a continuación, se presenta un mapa que señala las alcaldías que cuentan con Clínicas Salud Sexual y Reproductiva que brindan el servicio ILE.

**Figura 8: Mapa de ubicación de las Clínicas Salud Sexual y Reproductiva que brindan el Servicio de ILE en la Ciudad de México**



## Lista de direcciones de hospitales y centros de salud que ofrecen el Servicio ILE<sup>7</sup>

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>1</b> <b>C.S.T III</b><br/> <b>Beatriz Velasco de Alemán</b><br/>           Av. Ing. Eduardo Molina<br/>           Col. Michoacana, 15300.<br/>           T. 5789-0432<br/>           m San Lázaro</p>   | <p>Gustavo J. s/n Esq. Víctor<br/>           Hernández Covarrubias<br/>           Col. Unidad Francisco Villa,<br/>           02400<br/>           T. 5394 0565 / 0536 / 5382<br/>           m Rosario</p>   | <p><b>9</b> <b>Hospital General</b><br/> <b>Milpa Alta</b><br/>           Blvd. Prolongación Nuevo<br/>           León 386<br/>           Col. Villa Milpa Alta, 12000<br/>           T. 5844 1550 / 0649<br/>           2211 5837 / 5839<br/>           m Tláhuac</p>                              |
| <p><b>2</b> <b>Clínica Comunitaria</b><br/> <b>Santa Catarina</b><br/>           Calle Nuevo León Mz.38 Lt.9<br/>           Col. Miguel de la Madrid,<br/>           09698<br/>           T. 1551 4904 / 4905 / 4898<br/>           m Constitución de 1917<br/>           o Santa Marta</p>  | <p><b>6</b> <b>Hospital General</b><br/> <b>Enrique Cabrera</b><br/>           Av. Centenario, esquina<br/>           prolongación 5 de mayo<br/>           Col. Exhacienda de Tarango,<br/>           Delegación<br/>           T. 1285 2954 ext. 5038<br/>           m Barranca del Muerto<br/>           (tomar colectivo Puerta<br/>           Grande)</p> | <p><b>10</b> <b>Hospital General</b><br/> <b>Ajusco Medio</b><br/> <b>Dra. Obdulia Rodríguez</b><br/>           Encinos 42<br/>           Col. Ampliación Miguel<br/>           Hidalgo, 4 Sección. 14250<br/>           T. 5446 7966 / 7895<br/>           m CU</p>                                |
| <p><b>3</b> <b>Hospital Pediátrico</b><br/> <b>Inguarán</b><br/>           Av. Estaño 307<br/>           Col. Felipe Ángeles, 15310<br/>           T. 5795 6764 / 4281<br/>           m Consulado<br/>           o Canal del Norte</p>   | <p><b>7</b> <b>Centro de Salud</b><br/> <b>México España</b><br/>           Clínica de Salud<br/>           Reproductiva<br/>           Mariano Escobedo 148<br/>           Col. Anahuac<br/>           T. 5531 6285 / 5203 6483<br/>           m Cuitlahuac<br/>           (tomar micro a Chapultepec<br/>           y bajar frente a Aurrerá)</p>            | <p><b>11</b> <b>Hospital Materno</b><br/> <b>Pediátrico Xochimilco</b><br/>           Calzada Nativitas, esq.<br/>           Prolongación 16 de<br/>           Septiembre s/n<br/>           Col. Xaltocan, 16090<br/>           m Taxqueña (tomar Tren<br/>           Ligero hasta Xochimilco)</p> |
| <p><b>4</b> <b>Hospital General</b><br/> <b>Ticomán</b><br/>           Plan de San Luis s/n entre<br/>           Miguel Bernard y Bandera<br/>           Col. Ticomán, 07330<br/>           T. 5754 3939 / 3979 / 3344<br/>           m Metro Indios Verdes<br/>           o Basílica (tomar pesero al<br/>           hospital).</p> | <p><b>8</b> <b>Hospital Materno</b><br/> <b>Infantil Cuajimalpa</b><br/>           Clínica de Displasia<br/>           Av. 16 de septiembre s/n<br/>           Col. El Contadero, 05500<br/>           T. 5812 3269 / 0570 / 3134<br/>           m Observatorio o Tacubaya<br/>           (tomar pesero a Cuajimalpa)</p>                                      | <p><b>12</b> <b>Centro de Salud</b><br/> <b>Dr. Juan Duque de Estrada</b><br/>           Oriente 170, Núm. 154<br/>           Col. Moctezuma 2ª Sección,<br/>           15500<br/>           T. 5571 0524<br/>           m Blvd. Puerto Aéreo.</p>  |
| <p><b>5</b> <b>Hospital Materno</b><br/> <b>Infantil</b><br/> <b>Dr. Nicolás M. Cedillo</b></p>  |  |   |

<sup>7</sup> La información que se presenta en el mapa de ubicación y el listado de direcciones se retomó de un folleto informativo proporcionado por una de las trabajadoras sociales entrevistadas, corresponde al material que ofrecen a las usuarias del servicio. Fue elaborado por la organización Alianza Nacional por el Derecho de Decidir, ANDAR. Para más información: [www.andar.org.mx](http://www.andar.org.mx)

Las delegaciones o alcaldías de la Ciudad de México que no cuentan con clínicas para brindar el Servicio ILE son:

- Benito Juárez
- Coyoacán
- Cuauhtémoc
- Iztacalco
- Magdalena Contreras
- Milpa Alta

La Ciudad de México tiene cobertura amplia del servicio, por lo menos dos terceras partes de su territorio cuentan con Clínicas Salud Sexual y Reproductiva, la mayor concentración se encuentra en la demarcación de Venustiano Carranza con tres clínicas.

#### **4.5.2 Gratuidad del servicio y cuota de recuperación**

La legislación establece que el servicio debe ser gratuito y accesible para las mujeres, sin embargo, dentro del manual de procedimientos se especifica que a las mujeres no derechohabientes (no cuentan con la cédula de gratuidad) se les solicitará una cuota de recuperación para el procedimiento de la ILE, con base en la clasificación socio-económica y considerando lo dispuesto en el Tabulador de Cobro de Derechos por los Servicios Médicos de la Ciudad de México, específicamente con la “Clave de Cobro # 52 Legrado”. Para ello, el personal del hospital deberá observar lo establecido en los manuales de procedimientos correspondientes y calcular la cuota de acuerdo con el estudio socioeconómico y notas de Trabajo Social.

La Cédula de Filiación al Programa de Gratuidad, es un beneficio que sólo pueden recibir las mujeres residentes de la Ciudad de México, garantiza el derecho a proteger su salud, recibir acciones de promoción y prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación en las unidades médicas públicas de la demarcación, la ILE es un servicio que se encuentra dentro de los beneficios y por ello se considera gratuito.

#### **4.6 ILE Después de las 12 semanas de gestación**

De acuerdo con los tiempos establecidos para interrumpir el embarazo dentro de las 12.6 semanas de gestación, la ley especifica el tiempo para la prestación del servicio; a las solicitantes con este plazo se les deberá proveer el servicio en un máximo de 48 horas a partir de la solicitud; por debajo de las 12 semanas la prestación del servicio se puede extender

hasta por diez días a partir de la solicitud. Por otro lado, la ley prevé que únicamente los cirujanos capacitados en el procedimiento de la ILE y los gineco-obstetras están autorizados a realizarlo (Figueroa, *et. alt.* 2012: 402).

Con base en el Manual de para la ILE en las Unidades Médicas, se otorga el servicio a las mujeres que tengan más de 12 semanas de gestación y hasta 20.6 en caso de:

1. Violación o inseminación artificial no consentida, emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas.
2. Cuando a través de un dictamen emitido por un médico especialista, se determina que el embarazo representa grave riesgo para su salud física o psíquica de la mujer.
3. Cuando a través dos dictámenes emitidos por médicos especialistas, se avale que el producto de la gestación presenta anomalías genéticas o congénitas graves, que puedan dar como resultado graves daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la sobrevivencia de este.
4. La mujer que se presente en la unidad médica hospitalaria con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.

Se especifica que en caso de tener un embarazo mayor de 12 semanas y hasta las 20.6 por causa de violación o inseminación artificial no consentida, se referirá a la derechohabiente o usuaria a la Agencia del Ministerio Público Especializada en Delitos Sexuales más cercana, para levantar una denuncia y recibir la atención requerida.

#### **4.7 Objeción de conciencia en el personal médico**

Los profesionales autorizados para realizar la ILE tienen la libertad de mantener la objeción de conciencia, es decir, que a pesar de fungir como funcionarios públicos pueden reservarse el derecho de atender a las mujeres, lo que viola los derechos humanos y en específico los sexuales y reproductivos, porque antepone las creencias personales sobre las garantías de las mujeres como ciudadanas.

Para los casos donde el personal de salud sea objetor, de acuerdo con la norma se debe respetar la libertad de trabajo de los médicos, pero también se tendrá que garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, se establece que se deberá referir a la mujer con un médico no objetor y que no se podrá objetar cuando su vida o su salud estén en riesgo. Únicamente los médicos gineco-obstetras y los cirujanos generales que realizan la ILE,

podrán abstenerse de practicar dicho procedimiento argumentando razones de conciencia, salvo en los casos en que se ponga en riesgo inminente la vida de la mujer.

Dos puntos importantes dentro de la objeción de conciencia se establecen en el Manual de Procedimientos para la ILE en las Unidades Médicas.

- El profesional médico gineco-obstetra o cirujano general que argumente objeción de conciencia para la ILE, tendrá que establecer por escrito y de manera confidencial, los motivos y fundamentos de tal situación, que será valorada por el Comité de Bioética de la unidad hospitalaria.
- El personal médico gineco-obstetra o cirujano general, que realice procedimientos de ILE, tendrá certidumbre, cobertura legal y apoyo administrativo en el ejercicio de su profesión respecto de la realización de este procedimiento, por parte de esta Secretaría de Salud.

En ambas situaciones se trata de respetar la decisión del médico, cuando es objetor se solicita exponga los motivos por los cuales se reserva a realizar el procedimiento, sin embargo, aunque se menciona que la situación será valorada por el Comité de Bioética de la unidad hospitalaria, el manual no señala el proceso a seguir, tampoco se explica quiénes son los integrantes del comité y no se detalla el procedimiento.

Cuando no se regula la objeción de conciencia sobre instrucciones claras en el servicio, las mujeres son vulnerables de sus derechos humanos ante situaciones donde se privilegian las creencias y posturas de los profesionales medicina; es evidente que el derecho a decidir sobre el cuerpo y proyecto de vida queda subrogado ante otras decisiones personales que se contraponen con el Estado laico.

La objeción de conciencia no puede ser institucional, las instancias públicas de salud deben garantizar la permanente disponibilidad de médicos no objetores en materia de ILE (GIRE, 2007), en caso de tener un médico objetor se debe referir a la mujer a un hospital donde se realice el procedimiento con la Hoja de Referencia y Contrarreferencia y los documentos de la autorización de interrupción del embarazo emitida por el Agente del Ministerio Público o Dictámenes Médicos. Por otro lado, el personal médico, de enfermería, paramédico y Trabajo Social que asisten al médico gineco-obstetra o al cirujano general en la ILE, en ninguna circunstancia podrán argumentar objeción de conciencia.

## **4.8 Tiempo de atención para realizar el procedimiento**

El lapso para realizar el procedimiento de la ILE, cuando el médico gineco-obstetra o médico autorizado es objetor, es de máximo de 48 hrs. para la mujer que tenga el límite de las 12 semanas de embarazo, y hasta en un plazo máximo de 5 días, para el caso de las excluyentes de responsabilidad penal.

De acuerdo a lo expuesto a lo largo del capítulo, hay un desfase en la normativa nacional, existen diferentes realidades que propician que el cumplimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos no sea igual para todas las mujeres, en la Ciudad de México hay una legislación de avanzada comparable con la de países europeos, sin embargo, la realidad para la mayoría de las mujeres del país, se reduce a restrictivas que en el mismo sentido se podrían igualar con las regiones del mundo que penalizan más el aborto como las africanas. Cada entidad federativa tiene un marco jurídico que protege la vida en diferentes momentos, bajo estas múltiples realidades, es una necesidad establecer un marco legal homogéneo que proteja los derechos sexuales y reproductivos, legalizando el aborto a nivel nacional y con servicios públicos accesibles, gratuitos y de calidad para todas las mujeres.

El servicio de la ILE en la Ciudad de México se rige bajo distintos manuales y normativas que determinan el procedimiento para las usuarias, conocer cómo se desarrolla el servicio de acuerdo con la norma sirve para contrastar con la práctica cotidiana de quienes operan el servicio, y en ese sentido valorar la eficacia del servicio.

## **Capítulo 5.**

### **Trabajo Social en el Servicio de la ILE**

Este apartado presenta dos elementos de relevancia para la presente investigación, por tanto se divide en dos momentos; el primero describe las actividades que realiza personal de Trabajo Social dentro del servicio de la ILE de acuerdo a la normativa del Manual de procedimientos para la ILE, se describen actividades fundamentales para atender a las mujeres que acuden al servicio como: las Actividades de Trabajo Social, donde se resalta la Referencia y Contrarreferencia, el Acceso gratuito y la Consejería sobre salud sexual y reproductiva, como los momentos centrales que involucran a Trabajo Social.

Como segundo momento se expone la investigación de campo, por ello presenta la Metodología para su desarrollo, búsqueda de información para conocer cómo se distribuye el personal de Trabajo Social en las Clínicas de Salud Reproductiva, se presentan las descripciones de las instituciones de salud donde se entrevistó a las trabajadoras sociales: Hospital Materno Infantil Tláhuac y el Hospital Enrique Cabrera, así como la descripción del Consultorio donde se realiza la ILE. En los siguientes apartados se desarrollan las Funciones y Actividades de Trabajo Social, Atención a las Usuarias, Capacitación y la Percepción y experiencia en el servicio ILE de las trabajadoras, cada apartado presenta esquemas y fragmentos de relatos para el análisis.

## **5.1 Actividades de Trabajo Social de acuerdo el marco normativo la Secretaria de Salud**

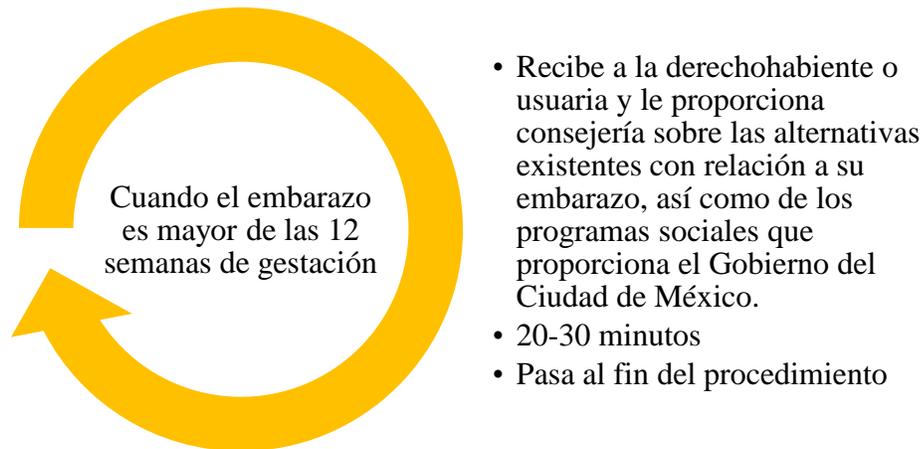
De acuerdo con el Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas, de la Secretaria de Salud de 2008, entre los profesionales que se encuentran dentro del servicio de la ILE, se identifican tres figuras importantes en el proceso operativo: el personal médico, personal de enfermería y equipo de trabajo social, sin embargo, se menciona que de acuerdo a situaciones específicas como en caso de violación, incide también personal de asesoramiento legal para levantar la denuncia y personal del área de psicología.

En específico para el área de Trabajo Social sus funciones se concentran en procesos administrativos detallados a través de formatos de registro y formularios que permiten la continuidad del proceso, dentro de este contexto los pasos a seguir para la atención de la usuaria se concentran en la supervisión para cumplir los requisitos y características permitidas dentro de la normativa, su función encamina de forma determinante agilizar el proceso dentro del tiempo establecido, definir el tabulador de costos, llenar formatos y notas de trabajo, así como tener contacto directo con las usuarias durante la consejería y orientarlas durante el procedimiento.

### **5.1.1 Referencia y Contrarreferencia**

De acuerdo con el manual de Manual de Procedimientos para la ILE en las Unidades Médicas (2008) dentro del servicio, el papel de Trabajo Social se encuentra estrechamente ligado al primer nivel de atención, vinculado a la función del médico de Consulta Externa. Trabajo Social será el responsable del correcto requisitado del Formato de Registro para Personas que solicitan la ILE. Esta actividad sólo se especifica en el caso de mujeres con embarazo de hasta doce semanas de gestación que solicita la interrupción; para los casos que no cubran con el periodo establecido por la legislación vigente, es decir tengan más de doce semana de gestación y por ley ya no puedan acceder al Servicio ILE, la función de Trabajo Social se torna en brindar el servicio de consejería que incluye elementos de planificación familiar, sobre el uso de métodos anticonceptivos, como se hace con la usuarias en general; pero además ofrece a la usuaria información sobre los programas que el gobierno en turno ofrece para continuar con el embarazo.

**Figura 9: Función de Trabajo Social, embarazo mayor a las 12 semanas de gestación**

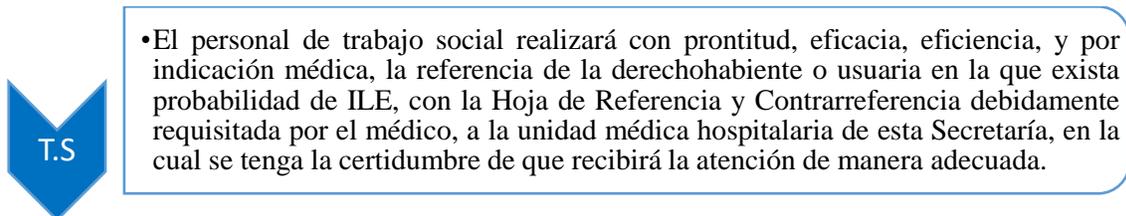


Elaborado con base en Secretaría de Salud, (2008) Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas, Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>.

Cuando el procedimiento se realiza en una institución de salud donde se encuentre un médico objetor, éste tendrá la responsabilidad de referir a la derechohabiente o usuaria de manera inmediata, responsable y discreta, con un médico no objetor o a un hospital donde se realicen procedimientos de ILE, con la “Hoja de Referencia y Contrarreferencia” y demás documentos de importancia médico-legal.

Dentro de este proceso Trabajo Social es el personal administrativo que se encarga de agilizar el procedimiento para que se cubra dentro de los tiempos establecidos y se garantice el derecho a la usuaria, también lo hace en el caso de que la institución tenga inconveniente de realizar el servicio por alguna otra situación.

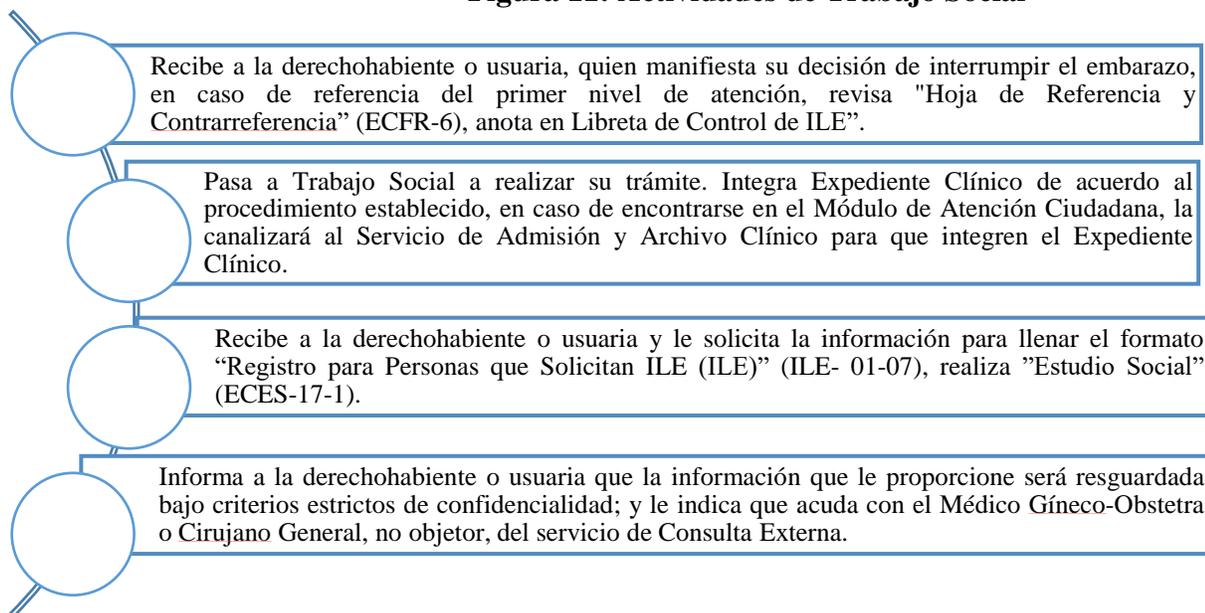
**Figura 10: Servicio de Referencia Trabajo Social**



Elaborado con base en Secretaría de Salud, (2008) Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas, Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>.

Para ofrecer el servicio cuando la usuaria cumple los requisitos de la legislación, en materia administrativa Trabajo Social se encarga de referir a la usuaria para continuar con la atención médica, pero desde este momento su tarea se limita a las funciones establecidas en el manual, las actividades son procedimientos mecánicos que dan cuenta de cómo se planeó ofrecer el servicio. La siguiente figura muestra la intervención de Trabajo Social en el procedimiento de la ILE.

**Figura 11: Actividades de Trabajo Social**



Elaboración propia con base en Secretaria de Salud, (2008) Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas, Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>.

Para la atención de casos específicos como:

1. Atención de víctimas del delito de violación o de inseminación artificial no consentida
2. Cuando el embarazo representa un grave riesgo para la salud de la embarazada
3. Presunción de que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas
4. En caso de urgencia por riesgo inminente para la vida de la embarazada, incluyendo la conducta culposa

El perfil de Trabajo Social no se encuentra presente, en la atención de las situaciones antes listadas. Idealmente Trabajo Social tendría que ser uno de los perfiles para proporcionar acompañamiento durante el proceso, contención en momentos de crisis, consejería e información a las mujeres para que conozcan sus derechos y no se vulneren, por ejemplo,

para que las mujeres no sean criminalizadas o revictimizadas en caso de violación, o por ser víctimas de una inseminación artificial no consentida. Sin embargo, los marcos institucionales muestran la rigidez de la atención, dentro de esta organización los puntos de incidencia de Trabajo Social son los que mantienen el procedimiento para cubrirlo en tiempo y forma, hay espacios detonadores que pueden ser aprovechados para ofrecer atención sensible a la situación de las mujeres, integral para que responda a sus necesidades, así como para responder a sus inquietudes sobre el procedimiento.

### **5.1.2 Acceso gratuito**

Otro elemento importante para acceder al servicio de la ILE, según los lineamientos que presenta el programa es el acceso gratuito. De acuerdo con las estadísticas mostradas en la página oficial de la ILE<sup>8</sup>, desde el inicio del servicio al 23 de enero de 2018, han interrumpido su embarazo 189, 806 mujeres, de las cuales 133, 844 son residentes de la Ciudad de México, estas mujeres son quienes pueden gozar de la gratuidad del servicio en caso de contar con la Cédula de Filiación al Programa de Gratuidad, se puede inferir que 55, 962 mujeres procedentes de diversos lugares del país y el extranjero, no gozan de este beneficio, porque no son residentes de la Ciudad de México.

Trabajo Social funge como el facilitador con la derechohabiente para que cubra con los requisitos establecidos y le informe del procedimiento para obtener su registro al programa de Filiación al Programa Gratuidad, requisitos:

- 1.- Identificación oficial (credencial de elector, cartilla, pasaporte)
- 2.- Adolescentes que conforman una familia (credencial escolar)
- 3.- Comprobante de domicilio en el Ciudad de México (recibo de luz, predial, teléfono, agua credencial de elector)
- 4.- Menores de Edad acta de nacimiento

Trabajo Social es fundamental para apoyar el procedimiento de los trámites, con lo que asegura que las mujeres accedan a su derecho, independientemente del nivel socioeconómico que posean, una labor que puede parecer sencilla, influye para que la mujer no rebase los tiempos de atención y pueda hacerlo de forma gratuita, cuando se trata de mujeres en

---

<sup>8</sup> Página oficial para encontrar mayor información sobre el Servicio ILE <http://ile.salud.cdmx.gob.mx>

desventaja el factor económico es determinante para que pueda interrumpir su embarazo, algunas veces las razones económicas son la causa por la cual no desean tener más hijos.

### **5.1.3 Consejería sobre salud sexual y reproductiva**

De acuerdo con los Lineamientos Generales de ILE. Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2012) la consejería es un procedimiento obligatorio e ineludible en los servicios de salud para proporcionar información, orientación y asesoría de manera objetiva, veraz, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como los apoyos y alternativas existentes para la mujer que soliciten la ILE.

El procedimiento se realizará con discreción, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad, veracidad, neutralidad, libertad y sin intención alguna de retrasar, obstaculizar o incidir la decisión de la mujer. Dentro del Manual de Procedimientos para la ILE (2008) se menciona que el personal médico proporcionará a la embarazada consejería, mediante información objetiva, suficiente, oportuna y comprensible sobre los procedimientos de interrupción del embarazo, sus riesgos, consecuencias y alternativas, con el propósito de que tome de manera libre y responsable la decisión de interrumpir su embarazo, mediante consentimiento informado, la información no debe tener objetivo de inducir o retrasar la decisión de la mujer.

En el mismo documento especifica que la enfermera de salud reproductiva será la responsable de proporcionar la consejería sobre salud sexual y reproductiva, a fin de que garantice el uso de un método de planificación familiar en la usuaria; no obstante, en la página oficial en internet señala que la consejería se otorga por una trabajadora social que apoyará en la toma de decisión de manera informada.

Ella te dará tres opciones:

1. Reconciliación con el embarazo
2. Dar en adopción
3. Realizar una ILE

Así mismo te proporcionará información sobre los servicios existentes en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En caso de que decidas realizar una ILE, la trabajadora Social te canalizará con el personal médico que te atenderá de manera segura y confidencial (Consejería ILE, 2018).

La consejería es fundamental para ofrecer información oportuna y confiable para las mujeres, contribuye a reducir la incertidumbre y desinformación que puede existir respecto al tema y procedimiento, es imprescindible que el personal cuente con la formación y capacitación suficiente para brindar atención profesional con calidad. Esta actividad es donde el perfil de Trabajo Social tiene mayor incidencia, además del proceso administrativo.

El servicio se organiza y pone en práctica de acuerdo a los manuales de procedimientos y lineamientos generales que se encuentran en continuas modificaciones, dentro de los profesionales que participan en el servicio las funciones son constantes para el área médica, es decir, el personal de enfermería y medicina, sin embargo, el contacto directo con la población que tiene Trabajo Social debe adecuarse a las necesidades y características de la población para contemplar los diversos elementos que confluyen en el servicio, indagar sobre su actividad profesional ofrece la posibilidad para retroalimentar su práctica. Sobre lo establecido en el Manual de procedimientos para la ILE, a continuación, se presentan las actividades que las profesionales de trabajo social realizan en la práctica real día a día con las usuarias, pero antes se describe la metodología que se empleó para realizar la investigación de campo.

## **5.2 Metodología**

Para desarrollar el trabajo de campo de la presente investigación se elaboró una guía de entrevista semiestructurada en profundidad (Anexo 1) con base en la revisión y análisis de documentos bibliográficos referentes a las actividades del personal de Trabajo Social en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio ILE, para ser aplicado a tres trabajadoras sociales en rotación, de las 15<sup>9</sup> que se encuentran distribuidas dentro del servicio en las 13 clínicas. Los nombres de las trabajadoras sociales se omiten por situaciones de confidencialidad y se presentan como: N1, N2 y N3 de acuerdo al orden de entrevista.

Esta investigación es descriptiva analítica de corte cualitativo, sobre la base de relatos obtenidos a través de entrevistas a profundidad, con preguntas semiestructuradas y abiertas. Se hizo contacto con el personal de Trabajo Social en las instituciones de salud que ofrecen el Servicio de la ILE, de las 13 clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de

---

<sup>9</sup> De acuerdo con la información solicitada al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a través de la Plataforma Nacional de Transparencia.

Salud de la Ciudad de México<sup>10</sup>, se seleccionaron dos por conveniencia de acuerdo con la disposición para facilitar el acceso para realizar las entrevistas.

- Hospital Materno Infantil Tláhuac en la Delegación Tláhuac
- Hospital General Dr. Enrique Cabrera en la Delegación Álvaro Obregón

El análisis de las entrevistas se realizó a través del programa *Atlas ti* con la finalidad sistematizar y organizar la información, y posteriormente elaborar esquemas que ordenan las respuestas obtenidas en grupos semánticos que comparten características en común. La información se organizó en cuatro apartados que reúnen temas como:

- A. Funciones y actividades de Trabajo Social
- B. Atención a las usuarias
- C. Capacitación
- D. Percepción y experiencia en el Servicio ILE
- E. Administración del Servicio ILE

Cada uno consta de preguntas referentes a cada temática, con la finalidad de realizar un análisis que comprende situaciones generales como las funciones y actividades de trabajo social, se especifica en la atención que ofrecen a las usuarias, de donde se desprenden elementos relevantes como la capacitación profesional, por otro lado se abordan las experiencias de las trabajadoras sociales dentro del servicio, así como las percepciones que ellas identifican de otros profesionales respecto al servicio. Para el desglose y análisis de los esquemas se retoman además fragmentos de las entrevistas con la finalidad de exponer la narrativa de las trabajadoras sociales, así cada apartado profundiza en las respuestas generales y en pequeños relatos vivenciales.

### **5.3 Personal de Trabajo Social en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva**

Se solicitó información sobre el personal de Trabajo Social al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, con la finalidad de conocer el panorama de los profesionistas en Trabajo Social en el área médica, los datos a recabar fueron los siguientes:

---

<sup>10</sup> Descritas en el apartado 4.5.1 Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México donde se ofrece el Servicio ILE.

- Número de personal
- Tipo de contrato
- Años de servicio
- Título o grado profesional
- Sexo
- Edad

Sobre el personal que atiende las Clínicas y Hospitales que brindan el Servicio ILE en la Ciudad de México, la solicitud de información se dirigió a las instituciones responsables de coordinar el sector salud de la Ciudad de México.

- Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México
- Secretaría de Salud
- Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

La recepción de la información se llevó al cabo de 20 días hábiles a través del correo electrónico personal. La respuesta recibida señala que el personal de Trabajo Social se rota para la atención del servicio ILE.

[...] es preciso señalar que los trabajadores sociales adscritos a esta Secretaría los rotan, por lo que no hay personal en específico para el servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), sin embargo y atendiendo al principio de máxima publicidad se proporciona la información del total de Trabajadores Sociales adscritos a los Hospitales señalados por usted de esta Secretaría tal y como obra en sus acervos.

A continuación, se presenta una tabla elaborada sobre la información recibida, es un concentrado importante para tener un panorama de cómo se encuentra la distribución del personal de Trabajo Social, es visible que en algunas instituciones de salud existe una brecha amplia en cuanto al número de personal; en general la información arroja que en las clínicas del servicio ILE hay:

- 6 técnicas en trabajo social
- 3 licenciadas (os) en trabajo social
- 5 con título profesional de trabajador social
- 1 trabajador social en área medica

La información no fue detallada puntualmente, pero puede ser una inferencia del panorama de Trabajo Social en el servicio de la ILE. A continuación, se presenta la tabla con el concentrado de la información.

**Tabla 3: Personal de Trabajo Social en las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México proporciona el servicio ILE**

Institución de Salud	Número de Personal de Trabajo Social	Tipo de contrato	Título o grado Profesional	Sexo
Centro de Salud T-III Cuajimalpa	1		Técnico en Trabajo Social	Mujer
Clínica Comunitaria Santa Catarina	12		(2) Técnico en Trabajo Social	Mujer
Clínica Integral de Salud Reproductiva del Centro de Salud T-III México España “Clínica Integral de Salud Reproductiva Martha Lamas”	2		Licenciatura en Trabajo Social	Mujer
Clínica de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada “Clínica de Salud Reproductiva Rafaela Schiavon Ermani”	1		Técnico en Trabajo Social	Mujer
Clínica del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán “Clínica de Salud Reproductiva Charlotte Ellertson”	2		(1) Licenciatura en Trabajo Social (1) Técnico en Trabajo Social	Mujer (1) Hombre (1)
Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez	1	Trabajador social en área medica	Título profesional de Trabajador Social	Hombre (1)
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	26	Trabajador social en área medica	Título profesional de Trabajador Social	Mujer (22) Hombre (4)
Hospital General Ticomán	2		(1) Licenciatura en Trabajo Social (1) Técnico en Trabajo Social	Hombre (2)

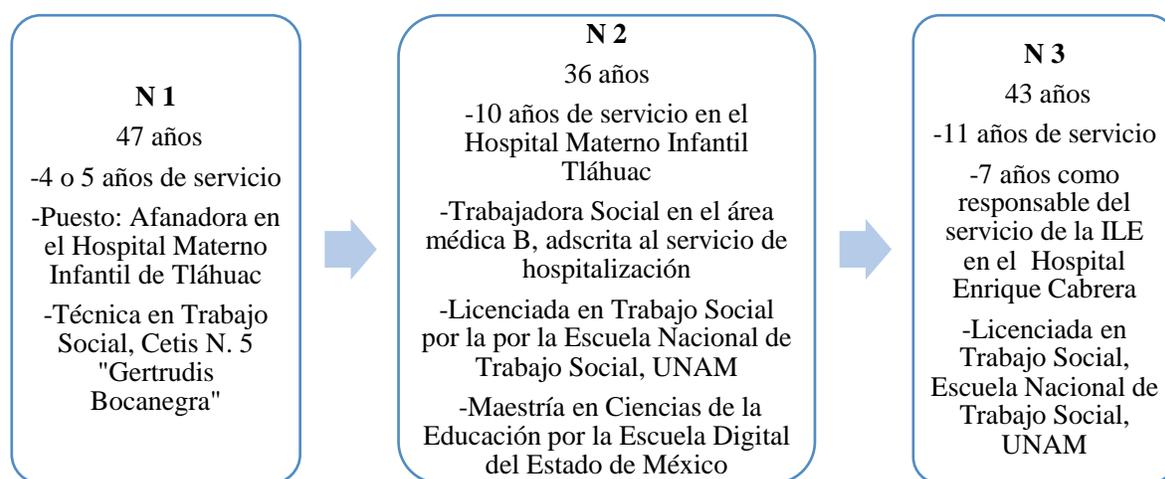
Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc	6	Trabajador social en área médica	Título profesional de Trabajador Social	Mujer (6)
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	10	Trabajador social en área médica	Título profesional de Trabajador Social	Mujer (10)
Hospital Materno Infantil Inguarán	14	Trabajador social en área médica	Título profesional de Trabajador Social	Mujer (11) Hombre (3)
Hospital Materno Infantil Tláhuac	1	Trabajador social en área médica	Trabajador social en área médica	Hombre (1)
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	SIN DATO			
TOTAL	Trabajadoras Sociales 78	Trabajadoras sociales en el Servicio ILE -6 técnicos en trabajo social -3 licenciadas (os) en trabajo social -5 con título profesional de trabajador social -1 trabajador social en área médica		54 MUJERES 12 HOMBRES

## 5.4 Contacto con las Instituciones de Salud para la investigación

Para poder ingresar a la clínica del Hospital Materno Infantil Tláhuac se estableció contacto a través de un grupo de Facebook: *Red de Profesionales de la salud capacidad@s* que trabaja en conjunto con personal de la asociación IPAS<sup>11</sup>. Se hizo contacto con la jefa de enfermería del hospital y se concretó una cita para que ella me presentara con la responsable del servicio de Trabajo Social en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, quién me pidió elaborar una carta de autorización (Anexo 2) para el Jefe de Enseñanza del hospital y poder ingresar a la institución.

El acceso para Hospital General Dr. Enrique Cabrera se concretó gracias al apoyo de un compañero de la maestría, en este caso la institución no solicitó documentos para ingresar, por tanto el acceso fue más rápido y con mayor facilidad de atención por parte del personal de Trabajo Social. Ambas instituciones son hospitales de segundo nivel de atención, públicos y abiertos a toda la población. Para conocer ¿Cómo interviene el Trabajo Social en el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la atención con las mujeres? se realizaron entrevistas a profundidad semiestructuradas con base en una guía de entrevista. A continuación, se presenta la información general de cada trabajadora social entrevistada.

**Figura 12: Trabajadoras sociales entrevistadas**



Elaboración propia con base en entrevistas

<sup>11</sup> Institución que busca incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a decidir, más información en <https://www.ipasmexico.org/>.

## **5.5. ¿Cómo son las clínicas públicas del Servicio de la ILE?**

Tener un acercamiento a las instituciones de salud es importante por diferentes cuestiones; se puede conocer el proceso que llevan las mujeres para llegar al Servicio y ubicar el espacio geográfico como un elemento que influye en el acceso. Por otro lado, hace visibles las condiciones y herramientas de las profesionales para su trabajo; saber cómo es el espacio donde atienden a las usuarias, qué materiales tienen, qué herramientas necesitan; además de saber dónde se ubica el servicio dentro del hospital, a quienes se tienen que dirigir las usuarias para pedir información, entre otras, da cuenta cómo se encuentra el servicio físicamente, pero también refleja las condiciones de las instituciones de salud.

A continuación, se presenta la narrativa relata mi experiencia en los dos hospitales que visité para entrevistar a las trabajadoras sociales en rotación del servicio, además de la descripción del consultorio donde se lleva el procedimiento de la interrupción en el Hospital Enrique Cabrera.

### **5.5.1 Hospital Materno Infantil Tláhuac**

El hospital se ubica al sureste en los límites de la Ciudad de México en la Delegación Tláhuac, a una distancia de 22 kilómetros del municipio de Chalco en el Estado de México, donde la interrupción del embarazo no es legal, la ubicación resulta importante por la confluencia de personas que hay en busca del servicio; debido a la cercanía con el Estado de México parece más accesible llegar por esta entidad, que desde la delegación.

La marginalidad de la zona se traduce en la falta de pavimentación, poca seguridad, ambiente insalubre por la basura, y el smog de los camiones de un paradero saturado de vehículos y *combis*<sup>12</sup> que se encuentra muy cerca del hospital. Si se llega por el lado de Tláhuac, se cruza un mercado informal donde venden comida y difícilmente se puede pasar, no por el ambulante, sino por la sensación de acoso que se percibe al caminar entre comerciantes y choferes que dirigen el camino a través de miradas lascivas. De lejos apenas se logra ver el hospital de una sola planta, color blanco amarillento por el paso del tiempo y falta de mantenimiento que delata la estructura por sí misma.

---

<sup>12</sup> Camionetas de transporte público.

En la entrada se encuentra un policía de casi 30 años con uniforme avejentado, sentado en su lugar con una libreta de notas que pide el registro a todas las personas: nombre completo y hora de entrada; además de especificar a qué servicio se acude. Al ingresar al hospital de frente hay una sala de espera con bancas de metal, mujeres embarazadas sentadas, algunos niños pequeños que juegan en el piso; algunas pacientes van acompañadas de un hombre que podría ser su marido o pareja. El ambiente frío y cansado se refleja en la cara de las mujeres que demuestran el tiempo de espera para ser atendidas.

La oficina de la Jefatura de Trabajo Social se encuentra por otro acceso del Hospital, el registro es el mismo para entrar, al preguntar por los pasillos angostos del hospital llegué al lugar correspondiente: la oficina de Trabajo Social, que igual que el Hospital mostraba el paso del tiempo, como falta de recursos, sólo una computadora, muebles desgastados y un archivero con carpetas debidamente etiquetadas de acuerdo a las funciones del personal, un espacio pequeño y amontonado, con apenas un par de sillas.

Nos presentamos y le platiqué de la investigación para la tesis de maestría, las inquietudes que tenía y todo aquello que necesitaba saber sobre el servicio para desarrollar el trabajo. La Jefa de Trabajo Social con la mirada me hizo saber el entusiasmo que sintió por la investigación y por interesarme para entrevistar a su equipo de trabajo; sin embargo, me explico el protocolo a seguir y los requisitos para realizar la actividad. Fue detallada en las características de la carta que me solito para regresar.

La segunda vez que visité el hospital ya con los requisitos cubiertos; platicamos nuevamente en la oficina, le mostré la guía de entrevista entre interrupciones de llamadas telefónicas y la entrada y salida de varias trabajadoras sociales. Fui presentada con las trabajadoras sociales que acudían a utilizar la única computadora que tenían disponible para todo el equipo de trabajo, quienes entraban hacían consultas en internet o buscaban algo en la base de datos. Después de platicar un rato la Jefa de Trabajo Social me acompañó al lugar de trabajo donde opera el Servicio ILE.

Es un cubículo de cristal justo a un costado de la entrada principal, sin embargo, no tenía ningún letrero que indicara que en ese lugar se ofrecía el servicio ILE. Dentro había una banca de metal que servía como sala de atención, de frente una mesa como escritorio, algunos archiveros llenos de lo que parecían expedientes, el espacio por sí solo pedía mantenimiento

y presupuesto para comprar un equipo de cómputo, materiales de apoyo y al menos un lugar más cómodo para sentarse.

En ese día, realice tres entrevistas en profundidad, la primera a la trabajadora social en turno en el Servicio ILE, después a quien había estado rotando meses atrás, finalmente a la jefa del servicio. La última entrevista no estaba prevista porque suponía que no sería sencillo acceder a un espacio para entrevistarla, entre tantas actividades a cubrir en la jornada laboral. Durante las entrevistas la personalidad de las trabajadoras sociales determinó la duración y profundidad de la plática, todas se extendieron a más de una hora. Al escucharlas pude entender la práctica profesional en situaciones complicada; se percibe el gusto por la profesión y en específico la percepción del servicio ILE y las historias de vida que en él convergen. Cada una de las entrevistadas también notó entusiasmo al ser entrevistada. Era como si alguien reconociera su trabajo y ellas tuvieran tanto que contar.

### **5.5.2 Hospital Enrique Cabrera**

El hospital es un lugar muy grande, de cinco plantas aproximadamente, se ubica en la delegación Álvaro Obregón y para llegar se toma un camión que sale del paradero del metro Mixcoac o de Barranca del Muerto y queda justo enfrente del hospital, el acceso puede ser difícil cuando no se conoce la zona. Para entrar se pide identificación en la puerta principal donde hay dos policías que preguntan a dónde se va a pasar.

Cuando se entra parece que inicia un laberinto: identificar la Jefatura de Trabajo Social fue difícil, pregunté por el servicio de “*la interrupción*” el policía se me quedó mirando como si tuviera que escáner algo en mí, entonces me explicó cómo podía llegar, pero las indicaciones fueron muy confusas porque no hay letreros que dirijan. Muchos pasillos, muchas puertas blancas cerradas, diferentes salas de espera, un servicio de cafetería en la esquina del hospital era la mayor referencia para llegar a la oficina del Servicio ILE, después de dar varias vueltas alrededor del edificio, no encontraba la oficina.

Para llegar a la oficina administrativa de Trabajo Social, recorrí las diferentes áreas preguntado cómo llegar, en el primer piso subterráneo con un letrero grande se presenta la Coordinación de Trabajo Social, una sala de espera color negro, a un costado de la oficina un escritorio de madera con orillas color plateado, una computadora y la secretaria que de inmediato dio el aviso a su jefa que yo había llegado.

Jefa de Trabajo Social me dio la bienvenida, le expliqué el motivo de mi visita, ella tenía mucho trabajo, me dijo que la esperara un poco para que pudiéramos platicar, le conté de la investigación y la información que necesitaba recabar, ella no me pidió ningún requisito para realizar las entrevistas, posiblemente por el tiempo y actividades me envió con rapidez a la oficina del Servicio ILE, con indicaciones más detalladas pude llegar, pero acompañada de miradas extrañas cada vez que preguntaba por el servicio.

La oficina de la ILE se encuentra de manera oculta, tras una puerta blanca cerrada, tuve que preguntar varias veces para entender que tenía que cruzar lo que parecía la entrada de una oficina, que en realidad era un pequeño pasillo que lleva a oficinas que se distinguen con letreros oficiales de la secretaria de salud. Cuando di vuelta a la derecha había una oficina con una hoja tamaño carta color verde que decía:

*Trabajo Social: Programa Interrupción Legal del Embarazo. Los derechos sexuales y reproductivos residen básicamente en los derechos humanos a la libertad, dignidad, salud e igualdad, y el derecho a no ser discriminado.*

La oficina es un lugar de unos nueve metros de superficie, con cristales a la mitad de la pared, que dejan ver hacia dentro la oficina color blanco, casi gris por el paso del tiempo, un estante junto a un escritorio con algunos libros, carpetas y materiales didácticos. En una pared un par de cuadros con alusión a los derechos sexuales y reproductivos. El escritorio color rojo, una computadora, en el resto del espacio algunos expedientes, cuadernos de notas y de frente un par de sillas y bancos de plástico apilados en una esquina.

La trabajadora social me esperaba más tarde como las 12 del día, pero llegué antes. Nos presentamos, de inicio supe que su entrevista era muy importante y que seguramente tenía que tomar en cuenta mi investigación para formular nuevas preguntas e indagar en la experiencia profesional de la trabajadora social con 7 años en el Servicio ILE.

### 5.5.3 ¿Cómo es el consultorio médico donde se realiza la ILE?

El consultorio del hospital se encuentra en el área de emergencias, el lugar es amplio de 5x5 metros aproximadamente, con un par de sillones color beige de vista bastante cómodos y acolchonados, como para dar masajes; de frente una camilla de exploración con sábanas blancas y azules, una mancha de sangre se asomaba entre los pliegues. En los extremos de la cama estaban los estribos donde las usuarias ponen las piernas en posición ginecológica para realizar el procedimiento, junto a la camilla un tubo largo color blanco, una pequeña mesita donde había algunos instrumentos médicos, del techo colgaban cortinas blancas que dividían la oficina-consultorio del espacio de la enfermera que asiste al médico.

En la esquina de fondo estaba el escritorio de la enfermera color rojo con orillas negras, una computadora, calendario, expedientes, el teléfono de la oficina y otros cuadernos de apuntes; junto al escritorio había un estante con batas azules empaquetadas, sábanas, material médico y en la parte superior había una fila de dispositivos Mirena<sup>13</sup>, que se dejaban ver empaquetados en bolsas transparentes, eran muchos y llenaban toda la parte superior. Frente al escritorio una silla para la paciente y de ese mismo lado un mueble blanco con puertas de cristal dentro había aparatos médicos que no puede identificar, porque estaban en sus cajas y arriba más dispositivos Mirena empaquetados.

Al voltear la mirada vi el aspirador eléctrico con el que realizan el AMEU<sup>14</sup>, estaba en lo que parecía ser un carrito móvil color café, eran dos frascos de cristal del tamaño de un frasco de mayonesa grande, con tapas que tenían agujeros por donde salían mangueras blancas. Me sorprendió mucho verlo, porque en ese momento la trabajadora social comentó que es un procedimiento delicado que requiere sensibilizar y tranquilizar a la paciente, porque en caso de un movimiento brusco se puede perforar la matriz y quedar infértil, en algunas ocasiones es necesario retirarla por salud, pero otras se pueden tratar.

En el consultorio se encontraba el médico que realiza el procedimiento, un hombre de cabello blanco de más de 60 años y alto, con el uniforme que suelen tener los médicos, pantalón de vestir café claro, zapato negro y bata con bolígrafos en la bolsa. En el escritorio

---

<sup>13</sup> Utensilios en forma de T, de cobre para impedir el embarazo.

<sup>14</sup> Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

de fondo, estaba la enfermera, de cabello chino color rojo artificial, usaba lentes y fue muy amable conmigo.

Durante la plática que mantuvimos en el consultorio el doctor tuvo que salir, entonces me contaron la enfermera y trabajadora social que su equipo de trabajo estaba conformado solo por tres personas, que nadie los cubre en caso de faltar, cuando se van de vacaciones tienen que cerrar el servicio y organizar la agenda para que las pacientes sean canalizadas o atendidas con anticipación.

La enfermera y el médico atienden el servicio desde que inició, han estado al frente de la atención de las usuarias, dijeron que hay mucha objeción de conciencia<sup>15</sup> dentro del hospital y que eso sirve para que nadie quiera apoyarlos. La enfermera cuenta que ahora se acepta un poco más el servicio, pero de inicio, cuando abrió y no tenían idea de cómo funcionar, fue más difícil, sobre todo por el estigma social que hasta la fecha persiste.

La enfermera reconoció la labor de la trabajadora social, dijo que entre las dos detectan los factores de riesgo de las usuarias, que muchas veces sirve para no poner en riesgo a las pacientes y acompañarlas durante el procedimiento, lo más recurrente era detectar casos de violencia. También comentó que la carga de trabajo es mucha porque no hay nadie más que las apoye, entonces se organizan para cubrir todas las funciones y actividades, además de apoyar al médico, a veces llegan a realizar otras funciones, pero que tienen presente hasta donde pueden intervenir de acuerdo con su preparación y capacidades. También explicaron que el médico es el único en el hospital que realiza el procedimiento y que está contratado exclusivamente para esa función.

De salida del consultorio había algunas embarazadas, cuatro aproximadamente, en bata azul, esperando ser atendidas para algún procedimiento, la trabajadora social me comento que el consultorio estaba ubicado en la zona de emergencias para atender a las pacientes de la ILE en caso de tener alguna complicación durante el procedimiento, pero que nunca ha sido necesario, porque no ha habido defunciones a lo largo de una década.

En el acercamiento a las instituciones de salud es visible que existen diferencias tanto de acceso, recursos y materiales; en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac es más

---

<sup>15</sup> Lo que permite a médicos y enfermeras que puedan negarse a ofrecer algunos servicios médicos, como el aborto o la eutanasia, si lo consideran éticamente incorrecto.

complicado el acceso para llegar, se nota la falta de presupuesto porque las trabajadoras sociales no cuentan con herramientas como una computadora para el Servicio ILE, esto se traduce en que sus actividades como el llenado de formatos se debe realizar manualmente, lo que vuelve más lenta la atención y pesado el trabajo para las profesionales. Por otro lado, el Hospital Enrique Cabrera, si cuenta con un equipo de cómputo propio para el servicio y es más fácil la ruta de acceso, es un hospital más grande, incluso se podría decir que del doble de tamaño que el Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

Sin embargo, ambas instituciones de salud tienen un elemento común, el Servicio ILE no es visible, es difícil identificar dónde se encuentra, tienes que preguntar con los policías y enfermeras que te miran de forma extraña; no hay señalamientos o letreros que sirvan de guía como en otros servicios, pareciera que el Servicio ILE se encuentra en la clandestinidad, oculto y recodito dentro de los hospitales.

## **5.6 Análisis de los resultados de investigación**

Esta sección del capítulo presenta los resultados del trabajo de campo, se desarrolla sobre cuatro apartados que agrupan el análisis de las entrevistas que se realizaron a las trabajadoras sociales: en primer momento se desglosan las funciones y actividades que realizan en el Servicio ILE en la atención de las usuarias donde se puntualiza en diferentes elementos, en su mayoría se hace referencia al procedimiento administrativo.

Posteriormente se aborda la atención a las usuarias dentro del servicio ILE, este análisis gira en torno a elementos que las trabajadoras sociales identifican en las usuarias, las preguntas frecuentes que reciben, la atención de casos específicos como la violación y las características de las usuarias, entre otros. En seguida se aborda el análisis que corresponde a elementos de la capacitación que reciben las trabajadoras sociales, donde se resaltan cuestiones que corresponden a: los temas que se abordan, las instituciones que la ofrecen, su importancia para atender el servicio y la regularidad en que la toman.

Finalmente se expone el análisis de la percepción y experiencia de las trabajadoras sociales dentro del servicio, donde se retoman elementos que consideran la valoración del cumplimiento del objetivo del servicio, la función que tiene la profesión, la percepción que otros tienen sobre la labor de trabajo social, así como el significado que las profesionales otorgan al Servicio ILE y a su propio trabajo.

Para cada apartado del análisis se muestran figuras que condensan la información obtenida y se refuerza con fragmentos de entrevistas; las preguntas que se exponen en cada apartado del análisis sirvieron solo de guía y se muestran con la finalidad de dar a conocer al lector cómo se desarrolló la entrevista y la intención para obtener información, cabe aclarar que las figuras presentadas no necesariamente responden a cada una de las preguntas expuestas, sino que giran sobre temas centrales que se reflejan en el nombre de los subapartados.

### **5.6.1 Funciones y Actividades de las Trabajadoras Sociales**

Este apartado del análisis de resultados agrupa las *Funciones y Actividades de Trabajo Social*, responde al objetivo específico de la investigación: Identificar las actividades que contribuyen al desarrollo del servicio, por tanto, retoma algunas preguntas guía como las siguientes:

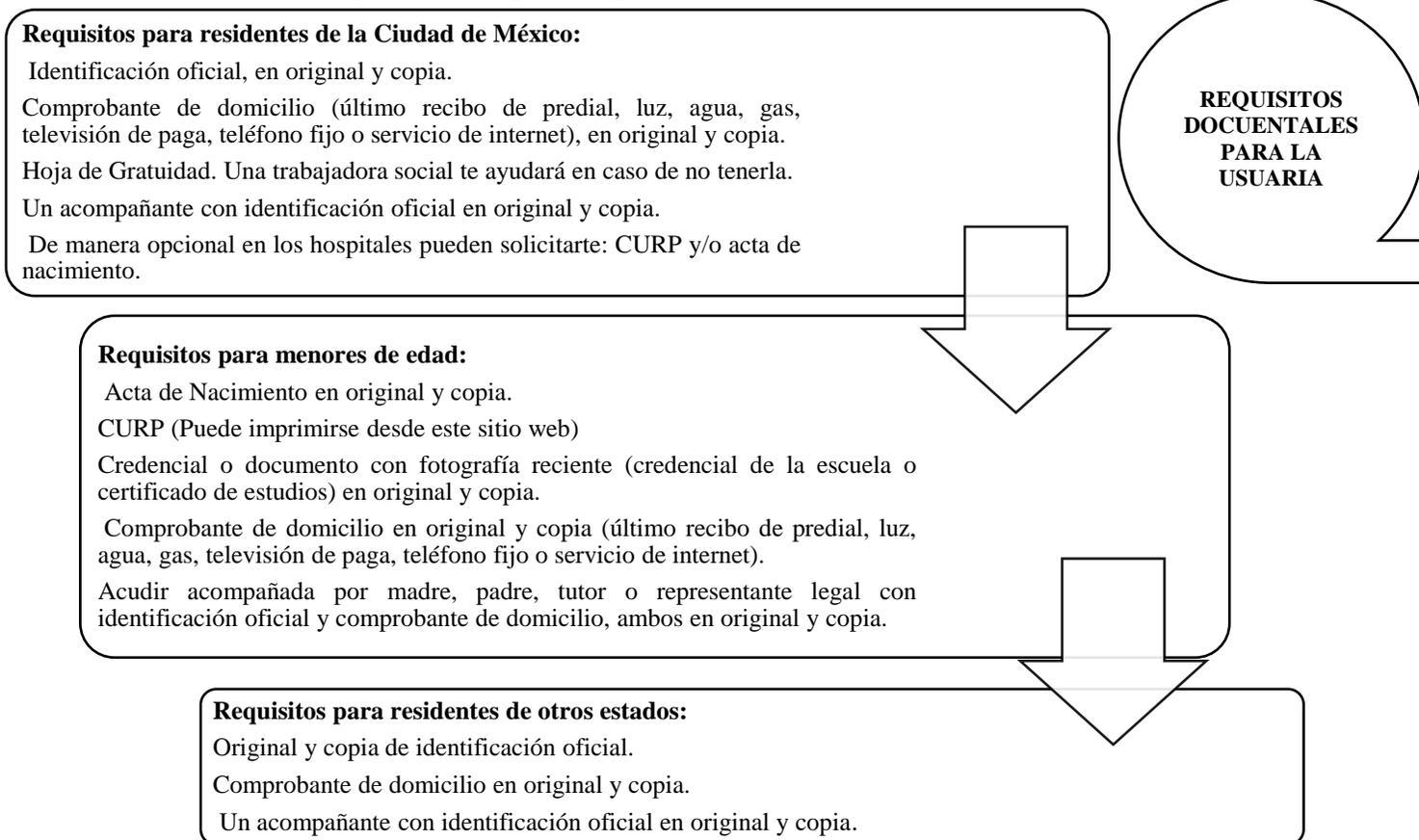
1. En el momento en que llega una mujer en busca del servicio ¿Cuál es la función del personal de Trabajo Social?
2. ¿Sus funciones en el servicio de la Interrupción Legal del Embarazo se especifican en algún documento normativo?
3. ¿Qué formatos utilizan en la atención con las usuarias?
4. ¿Realizas algún tipo de referencia o canalización con otros profesionales?

Las preguntas se dirigieron a dos profesionales en activo en el Servicio ILE y a una trabajadora social en rotación un periodo anterior; las respuestas se agruparon a través de esquemas con la intención de exponer la información de modo resumido, sin embargo, también se muestran algunos fragmentos de las entrevistas para reforzar el análisis y la información de las figuras.

#### **5.6.1.1 Procedimiento administrativo**

El servicio de la ILE se desarrolla en diferentes etapas de acuerdo con la institución de salud, sin embargo, en todas es necesario un *Procedimiento administrativo* que asegura el acceso al servicio cuando las usuarias cumplen con los requisitos solicitados, se fija una cuota de cobro en caso de ser necesario y se pone en marcha la atención. Sobre el procedimiento administrativo se consideran los requisitos que deben cumplir las usuarias para continuar con el procedimiento, es decir es el primer filtro para recibir la atención. La siguiente figura muestra los requisitos solicitados a las usuarias según sea el caso.

**Figura 13: Requisitos para acceder al Servicio ILE**

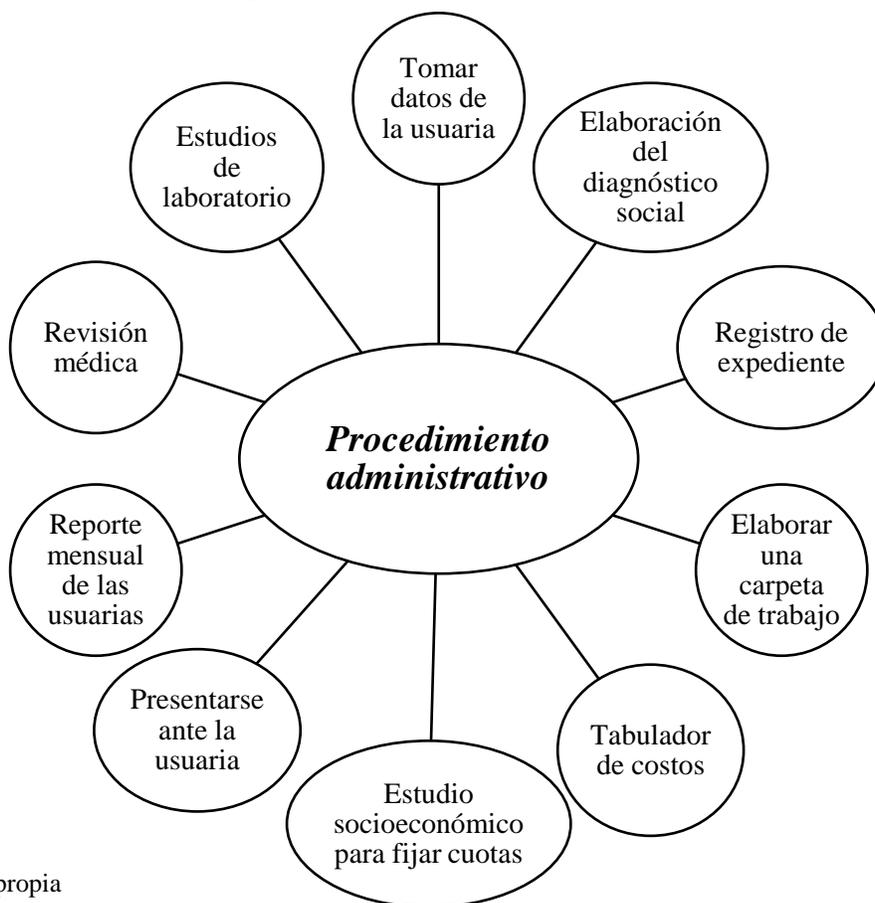


Elaborado con base en Requisitos para solicitar la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/>.

El personal de Trabajo Social se encarga de brindar información a la usuaria sobre los requisitos de acuerdo con su perfil, es decir, lugar de residencia, edad y tiempo de gestación, con la finalidad de cumplir con el servicio en el tiempo establecido con apego a la norma; también verifican que se cumplan en su totalidad a través de la revisión de documentos y cotejo de éstos.

Cuando las mujeres acceden al servicio el trámite para la continuidad se encuentra a cargo de las trabajadoras sociales, la mayor parte del procedimiento está en sus manos, pero esto no significa que sean responsables de la totalidad del servicio, sus acciones dependen de las funciones del equipo de trabajo conformado por médicos, enfermeras, laboratoristas y personal de administración.

**Figura 14: Procedimiento administrativo**



Elaboración propia

Las actividades de las trabajadoras sociales inician a primeras horas de la mañana con la llegada de las usuarias antes de las 7:00 am, sus actividades varían en orden de acuerdo con la institución de salud, pero todas deben cubrirse para las mujeres que acuden al servicio.

*[...] ha habido semanas donde diario hemos hecho 10, al siguiente día ocho, ponte tú que sean 10,18, 25, como unas...hay días que esta pesado, hay días que está relax, que no tengo ninguno o tengo uno, tengo dos, pero si hay días que he tenido (T.S. N1).*

*...hay veces que vemos 10 pacientes al día, y apenas te da tiempo de sacar lo administrativo, entonces sobre la propuesta que yo haría, es dos personas para la ILE [...] (T.S. N2).*

*Hemos tenido hasta 27 pacientes al día y las tenemos que acabar todas, quien viene por primera vez, quien ya viene por tratamiento, quien ya viene por revisión para alta, para colocación de método, entonces por eso te digo Trabajo Social desde temprano y desde que llegas ya debes de saber que pacientes es para qué, así tengas 27 tú debes de tener el control de cada una de esas pacientes (T.S. N3).*

**HORARIO  
PARA  
ACCEDER AL  
SERVICIO  
ILE.  
7:00 AM**

La atención de la población requiere el desarrollo de habilidades y destrezas para establecer redes de apoyo con el personal, este primer momento del proceso administrativo da pauta a la continuidad del servicio, en él se juegan elementos como el pago del servicio que determina el acceso, por otro lado, momentos como la revisión médica y de laboratorio pueden contribuir a identificar factores de riesgo y problemas en la salud de las mujeres. Las actividades antes mencionadas son similares de otros servicios, incluso es un proceso que se retoma para atender a la mayoría de la población.

### 5.6.1.2 Formatos que utiliza Trabajo Social

Para desarrollar sus funciones las trabajadoras sociales cuentan con formatos obligatorios que guían las actividades, estos formatos son importantes por tres situaciones; la primera es realizar un reporte mensual de las mujeres que acuden al servicio, se lleva un registro de las pacientes atendidas y se conforma una base de datos mensual que se traduce en las estadísticas que se reflejan en la página oficial del Servicio ILE<sup>16</sup>; la segunda, es importante porque se vincula directamente con la gratuidad del servicio, donde el Estudio de Trabajo Social y el Estudio Socioeconómico determinan la cantidad económica a cubrir para las mujeres, en algunos casos se exenta el pago pero depende justamente de la información que arrojen estos formatos, las cuotas van:

*Desde \$2000 y es 1 nivel, el nivel 2 me parece que son como 3,500, nivel 3 casi a 4000 y el nivel 4 si se levanta a \$7000. Igual tiene que ver mucho tu estudio, ahí tú eres la encargada totalmente de valorar, cómo es tu situación, con quién vives, cuánto gana, cuántos hijos tienen, trabaja, o sea todas las condiciones de la mujer, y entonces tú haces la valoración y tú dices... (T.S. N3).*

**CUOTA DE  
PAGO SIN  
CÉDULA DE  
GRATUIDAD Y  
NO  
RESIDENTES  
DE LA CDMX**

La participación de las trabajadoras sociales es fundamental para que las mujeres que no cuentan con los requisitos para tramitar la Cédula de Gratuidad puedan exentar el pago. Ante estas condiciones las mujeres que presentan mayor desventaja son quienes provienen de otros lugares del país, la gratuidad es difícil de tramitar por el lugar de residencia, en caso de pagar, el costo es alto a pesar de otorgar el nivel uno en la cuota de pago. La función de Trabajo Social es fundamental para que las mujeres cuenten con un servicio accesible que asegure su vida, y no recurran a otros medios poco seguros para interrumpir el embarazo cuando no cuentan con los recursos económicos para pagar el servicio.

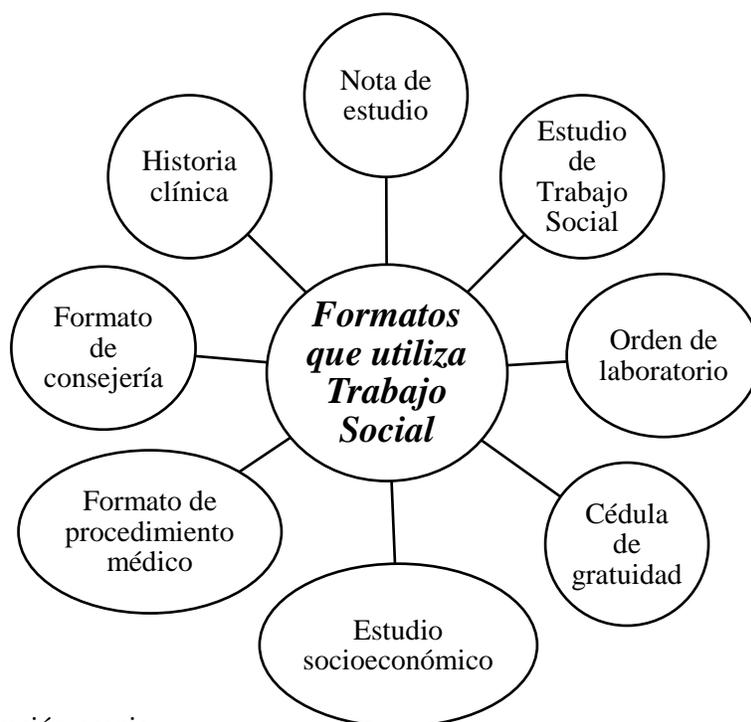
<sup>16</sup> <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/>

La tercera, se vincula con identificar casos de reincidencia a través de archivo y expedientes, el control de los formatos es una herramienta importante para identificar casos específicos de reincidencia o detectar factores de riesgo y protectores para atender integralmente a las usuarias, y ofrecer atención de acuerdo con las características referidas en cada formato.

*...nosotras ponemos si vienen con la gratuidad o si pagan y ponemos la fecha, el número de estudio de trabajo social y la fecha en la que vienen y hay unas chicas, que fíjate, apenas me toco una del 2017, de octubre de 2017, ya vino en febrero y vuelve a venir ahora en mayo (T.S. N1).*

El uso de estos documentos se vincula con los recursos materiales de cada institución, por ejemplo; el Hospital Enrique Cabrera cuenta con una computadora exclusiva para el Servicio ILE, a diferencia del Hospital Materno Infantil donde las trabajadoras sociales realizan el llenado de los formatos manualmente y no tienen equipo de cómputo propio. A continuación, se presenta el Esquema con los *Formatos que utiliza Trabajo Social*.

**Figura 15: Formatos que utiliza Trabajo Social**



Elaboración propia

Los formatos son similares en ambas instituciones, la diferencia radica en el uso de equipo de cómputo para su administración y agilizar la atención de las usuarias e identificar casos de reincidencia; el acceso a equipo de cómputo determina la optimización del servicio y disminuye la carga de trabajo para la profesional a cargo. Los formatos además de obtener información pueden servir como elementos para conformar el diagnóstico social de la usuaria, o identificar situaciones problemáticas.

### **5.6.1.3 Procedimiento para interrumpir el embarazo**

La trabajadora social a cargo del servicio conoce los diferentes procedimientos para interrumpir el embarazo, su función no reside en el diagnóstico o evaluación del tiempo de gestación, pero el procedimiento que el médico señale debe informarse a trabajo social para que la profesional ofrezca información adecuada a la usuaria sobre el procedimiento que recibirá, además de resolver sus dudas. De acuerdo con el procedimiento la trabajadora social determina si es necesario realizar una canalización, algunos casos pueden ser la ILE por violación, llenar formatos especiales en caso de la IVE<sup>17</sup>, e incluso de ella depende ofrecer contención a las usuarias para mantenerlas tranquilas antes de iniciar con el procedimiento.

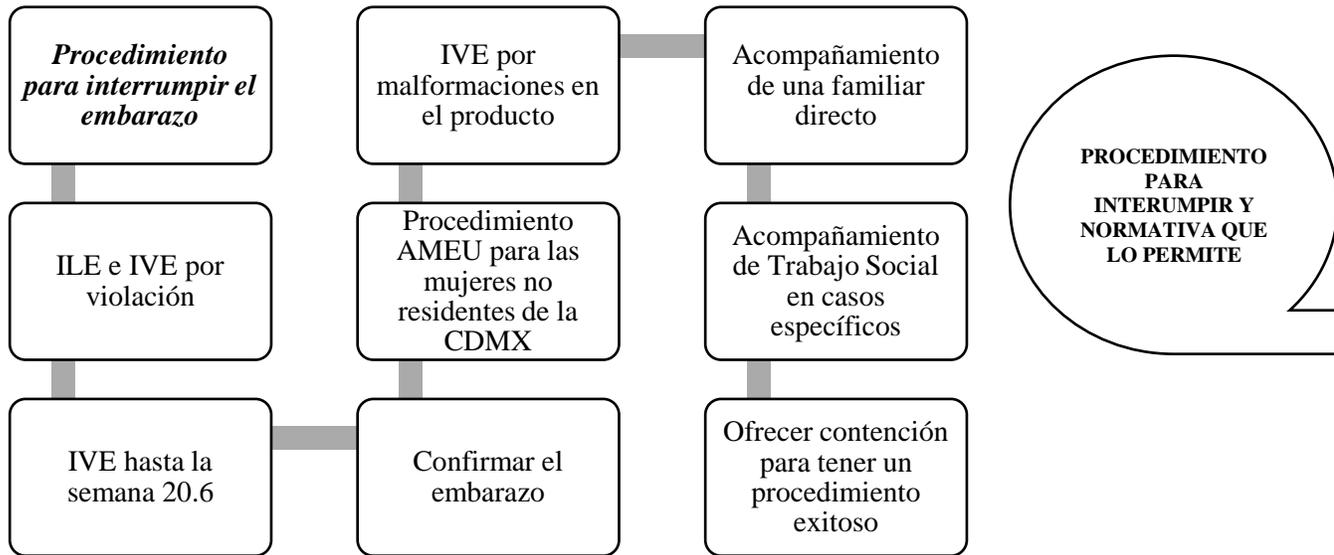
*[...] la explicación a todas de los métodos de interrupción, qué es lo que va a pasar en casa, todo eso disminuye siempre esa angustia, nervios y tensión de no se van a morir chicas tranquilas, sigan las instrucciones, eso es tan importante, y que les quede bien claro todo (T.S. N3).*

La trabajadora social se encarga no sólo de administrar el procedimiento, también de atender y dar contención a las usuarias ante situaciones que involucran el estigma y el miedo creado a través de la cultura patriarcal, miedo a renunciar a la maternidad, los mitos que hay sobre el aborto, el miedo a la muerte que provoca el aborto cuando se practica en condiciones inseguras y en la clandestinidad.

---

<sup>17</sup> Interrupción Voluntaria del Embarazo hasta la semana 20.6.

**Figura 16: Procedimiento para interrumpir el embarazo**



Elaboración propia

La explicación del procedimiento ofrece la certeza a las mujeres de contar con personal capacitado que no pone en riesgo su vida, para el caso del procedimiento por IVE es importante responder a todas las inquietudes porque es una actualización reciente a la normativa y se desconoce su aplicación para casos específicos.

El procedimiento AMEU se aplica principalmente para las mujeres no residentes de la CDMX, o para aquellas con más de 7 semanas de gestación porque se realiza en menos tiempo y dentro de la institución de salud. Las mujeres no residentes de la Ciudad de México acceden a este procedimiento porque muchas veces no regresan a la institución a una revisión posterior, y no se brinda el procedimiento por medicamento porque requiere que el 50% del proceso se realice en casa, y si existiera la posibilidad de ofrecer el medicamento y terminar el proceso en el lugar de residencia, de acuerdo con la legislación se comete un delito.

#### **5.6.1.4 Otras actividades de Trabajo Social**

Las actividades en el servicio no se delimitan rigurosamente en el *Manual para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas*, en la práctica cotidiana incluso rebasan lo que especifica, las trabajadoras sociales relatan cada actividad como parte de una rutina a cumplir desde temprano hasta las primeras horas de la tarde. Las tres profesionales

entrevistadas consideran necesario tener mayor apoyo para realizar las actividades, incluso desarrollan estrategias de atención para cumplir con el procedimiento en tiempo y forma, pero esto las lleva a limitar el número de usuarias atendidas.

Las funciones son diversas, van desde ofrecer atención en crisis hasta buscar la gratuidad del servicio para las mujeres, es evidente la necesidad del apoyo para agilizar los trámites [...] entonces tu como trabajadora social, o te llevas bien con todos para que fluya (T.S. N3). Trabajo Social es el enlace con otras áreas (ultrasonido y laboratorio clínico), lo que implica la responsabilidad de equilibrar las relaciones personales, las diferentes posturas, creencias y opiniones respecto al servicio para cumplir con el procedimiento dentro del tiempo establecido.

**Figura 17: Otras actividades de Trabajo Social**

<b>Otras actividades de Trabajo Social</b>	Ofrecer contención para tener un procedimiento exitoso
	Identificar factores de riesgo
	Reporte mensual de las usuarias
	Registro y control de las consejerías
	Identificar casos de violencia
	Atención en crisis
	Campañas informativas
	Canalización intrahospitalaria
	Consejería integral sobre el proyecto de vida
	Buscar la gratuidad del servicio para las usuarias

Elaboración propia

A través de las actividades cotidianas las profesionales conocen las características de las usuarias, identifican la importancia de su trabajo, aunque no lo mencionan explícitamente resaltan que su participación contribuye a identificar factores protectores y de riesgo para atender holísticamente a las usuarias en las actividades.

### **5.6.1.5 Trabajo Social dentro de la Consejería**

La consejería es una tarea fundamental eje en las actividades de las trabajadoras sociales, en el Servicio ILE es una función exclusiva e imprescindible durante el procedimiento, es el momento que concreta el acercamiento con la usuaria y donde se reflejan

las habilidades de las profesionales sobre capacitación y manejo de los derechos sexuales y reproductivos.

La consejería es un parteaguas para identificar diversas situaciones que se consideran poco cuando se aborda el tema de la interrupción del embarazo, de esta actividad se desprenden acciones para detectar y atender otras problemáticas que afectan la vida de las mujeres; las trabajadoras sociales la ubican como un proceso que devela múltiples historias de vida que requieren atención especial para satisfacer todas las inquietudes y responder a los contextos y necesidades de las mujeres.

*[...] pero además lo tienes que aterrizar porque como te decía vienen mujeres que no saben leer, que no saben escribir, es más no saben ni cómo es su matriz. Toda la consejería y todo aunado a toda la asesoría en métodos anticonceptivos, aunado a salud sexual y reproductiva, y bueno de ahí ya sale toda la demás problemática, pero tú médula espinal aquí es la consejería (T.S. N3).*

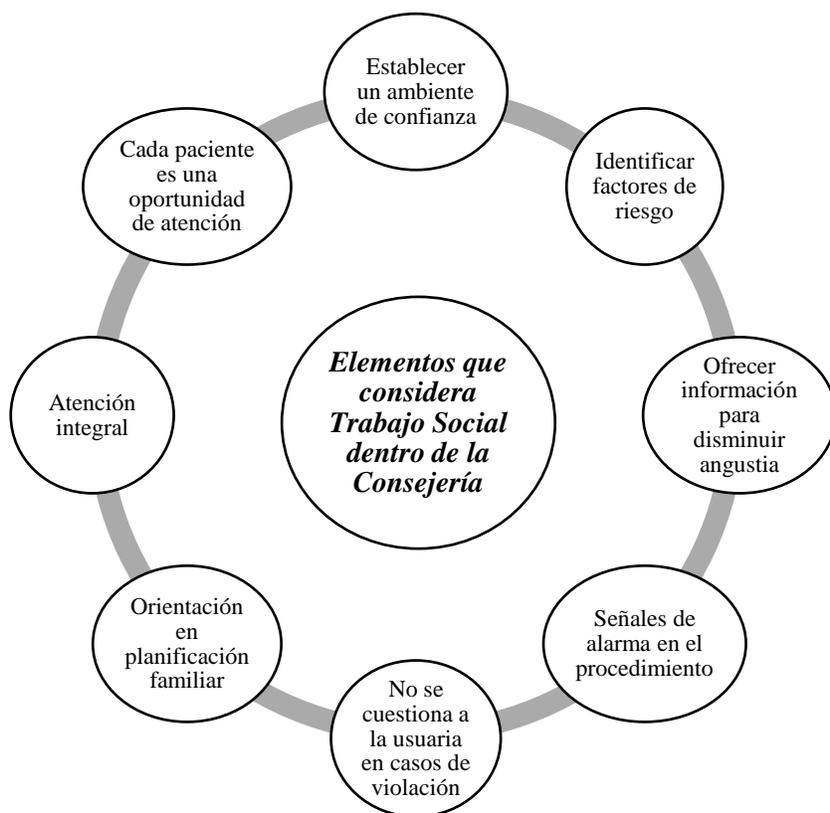
*[...] porque la consejería es como muy artesanal, es como terapéutica, tiene que ser como a la medida de la paciente. [...] entonces nuestra consejería va en base a lo que la paciente te externe, sus razones ¿por qué vengo a la ILE? (T.S. Vanessa).*

*[...] tratas con mucho tipo de población, con muchísimo, y sabes cuál es mi mayor satisfacción, el que, dependiendo del tipo de gente que veo es como les hablo, te vuelvo a repetir, yo no me siento una súper experta, a lo mejor no sé expresarme a lo que es, a lo mejor, no sé, correctamente si tú lo quieres ver así, pero las chicas con las que a veces estoy dialogando, se me quedan viendo y me dicen, mi satisfacción es de que se levantan y me dicen: señorita, es usted muy amable, qué bonito me habló, muchísimas gracias, he recibido de detallitos como no te das una idea, de hecho recibí una felicitación del servicio (T.S. N1).*

Las trabajadoras sociales desarrollan estrategias que la práctica profesional demanda cuando están en contacto con múltiples problemáticas que afectan la vida de las mujeres y se traducen en eventos como la ILE, del trato que se ofrezca en gran medida depende la seguridad de las mujeres para llevar el procedimiento sin miedo ni culpa. La consejería además de proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, exponer los signos y síntomas de alarma, explicar el procedimiento a realizar según sea el caso, y llevar el procedimiento administrativo, se vuelve un momento que requiere habilidades de sensibilización y empatía para responder a las inquietudes que cada situación amerita, por ello las trabajadoras sociales han adquirido herramientas a través de la práctica profesional

que les permiten identificar las características de la población en un tiempo corto para contextualizar la información que ofrecen.

**Figura 18: Elementos que considera Trabajo Social dentro de la Consejería**



Elaboración propia

La consejería es el espacio de contención e información, se lleva de forma grupal con las usuarias para explicar el procedimiento administrativo, métodos anticonceptivos y detallar el procedimiento de la interrupción. La consejería se ofrece en el espacio exclusivo que tienen las trabajadoras sociales para el servicio ILE, que consta de una pequeña oficina adecuada con bancos para la atención de las usuarias. Los elementos que considera trabajo social dentro de la consejería expuestos en el esquema son aquellos mencionados con más frecuencia en la narrativa de las trabajadoras sociales.

### **5.6.1.6 ¿Qué hay detrás de interrumpir un embarazo?**

Las experiencias de las trabajadoras sociales develan el significado que ellas dan al servicio a través de las consejerías que ofrecen a las usuarias, lo que perciben de los diferentes

casos, pero también visualiza aquello que se oculta cuando una mujer decide interrumpir su embarazo ¿qué hay detrás de tomar esa decisión?

*A veces la ILE es entrar en crisis, y entonces, bueno después de esto yo ya me estoy dando cuenta que yo no soy merecedora de vivir así, y entonces ella me dice yo no quiero eso, mujeres con displasia en el cuello de la matriz por ejemplo, vienen y ya están en el programa y les hablo de las displasias del cáncer, yo tengo años con flujo verde, cómo crees, y entonces yo tengo esa vía directa, vete con colposcopia, displasias (T.S. N3).*

*Me tocó una pacientita de Milpa Alta que era su quinta gesta, pero ella me decía que ya no quería tener hijos, y que la interrupción que venía hacer, venía acompañada de una comadre, y le dije que porque no había venido su esposo. Yo ya no quería tener hijos, yo nada más quería tener dos o tres hijos, el cuarto no fue planeado y mucho menos deseado señorita, y luego por qué no se operó, dice, porque si mi esposo se entera que yo me operé mi esposo me golpea (T.S. N1).*

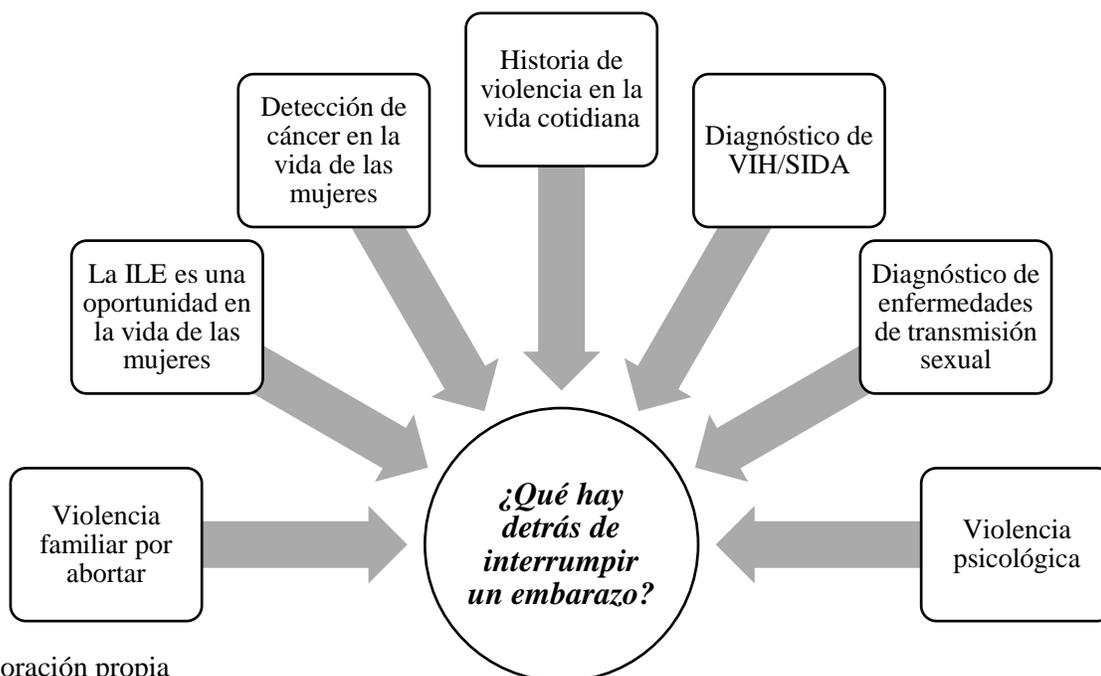
*Era una paciente que tenía 37 años de edad que venía a interrumpir un embarazo, porque se había involucrado con una persona que no era su esposo y este señor era 10 años menor que ella, pero a su vez pretendía a su hija, no...y entonces él le decía que si la dejaba, bueno si aceptaba la relación podía apoyar a su hija para que siguiera estudiando, entonces ahí había que hacerle consciente, ósea, ella ya lo expresaba, pero había que enseñarle o había que sensibilizarla a que ella tuviera conciencia de ello, ósea estaba haciendo cosas de riesgo como que a los 37 años estaba interrumpiendo y estaba embarazada, como que ella tenía una hija que estaba en riesgo porque una persona le estaba diciendo déjame estar contigo y te voy a mantener a la hija, y estaba como que como diciendo que él podía estar con las dos y la paciente estaba como que aceptándolo (T.S. N2).*

La ILE es el resultado de múltiples historias de vida donde existen situaciones de violencia y dominación, que reflejan las condiciones en que viven las mujeres cuando desconocen su cuerpo, se les prohíbe el derecho a decidir y están envueltas en círculos de violencia con parejas que aprovechan los contextos de privilegio para proponer relaciones basadas en el abuso. Cuando una mujer llega al servicio detrás guarda todo un proceso que culmina con la interrupción de un embarazo.

Las trabajadoras sociales deben ser sensibles para identificar mediante las consejerías los factores de riesgo que afectan otras esferas en la vida de las mujeres para ofrecer herramientas que contribuyan a que el proceso de la ILE sea una oportunidad de cambio y reflexión ante circunstancias como la violencia sobre el cuerpo, abuso de poder, las enfermedades y la opresión sobre la toma de decisiones; enseñar a través de la consejería a identificarlas es una herramienta para romper con ellas, además de resignificar el proceso de

la ILE diferente de la culpa y estigma como se percibe en la sociedad. A continuación, se presenta un esquema con las situaciones de riesgo que las trabajadoras sociales identifican en el servicio ILE.

**Figura 19: ¿Qué hay detrás de interrumpir un embarazo?**



Elaboración propia

Con el desarrollo del servicio y los procedimientos que se deben cubrir, se devalan no sólo historias de vida, además enfermedades que ponen en riesgo la vida de las mujeres como la detección de cáncer o VIH/SIDA, la ILE es un parte aguas para algunas mujeres, tener una persona capacitada que cuente con las herramientas y recursos necesarios para responder todo el cúmulo de problemáticas que presenta cada mujer que acude al servicio es una tarea titánica en manos de una trabajadora social, por ello es imprescindible reflexionar sobre ellas.

### **5.6.1.7 Canalización**

Las trabajadoras sociales identifican a través de la consejería situaciones que requieren de atención por parte de otros profesionales, en estos casos su labor es realizar actividades como:

**Figura 20: Función de canalización**



Elaboración propia

De las funciones antes señaladas se dependen procesos para la atención integral de las mujeres, en este sentido la consejería es crucial dentro del servicio porque mediante este espacio las trabajadoras sociales identifican situaciones de riesgo, hacen la valoración de los casos para determinar la canalización a otras áreas de atención médica cuando existen problemas de salud como los mencionados con anterioridad; por otro lado, en casos de aborto por violación por normativa es necesario remitir a la usuaria al Servicio para la Atención de la Violencia de Género “SEPAVIGE”<sup>18</sup> que atiende a las pacientes que viven situaciones de violencia sexual o familiar, este servicio se ofrece a través de unidades de atención que se encuentran dentro de las unidades hospitalarias. En este caso las dos unidades hospitalarias cuentan con SEPAVIGE, porque este servicio sólo está disponible en 5 delegaciones de la Ciudad de México (Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tláhuac).

*...cuando detectamos a una paciente con violencia, procesos de violencia de género, la pasamos a SEPAVIGE, si encontramos a una paciente con otro tipo de*

<sup>18</sup> Sólo se encuentra en cinco delegaciones (Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tláhuac) que cuentan con el Servicio ILE. Más información sobre SEPAVIGE <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/servicios-y-especialidades/219>

*problemas, como que podía ser otro problema, rasgos de ansiedad, rasgos de depresión, no lo pasamos a SEPAVIGE. (T.S. N2)*

*...y entonces si tengo una paciente de violencia lo que se hace con ella es el mismo proceso de papeleo, laboratorio, ultrasonido, pero ella recibe apoyo de SEPAVIGE, es la diferencia que aparte de este trato que aquí le damos y atención, tienen que canalizar, yo la llevo al consultorio de SEPAVIGE. (T.S. N3)*



**ATENCIÓN  
PARA CASOS  
DE  
VIOLACIÓN**

Las trabajadoras sociales son encargadas de realizar el trámite correspondiente para la continuidad de la atención de mujeres que sufren violencia, en este sentido se retoma la idea de que el Servicio ILE no sólo es un proceso producto de diferentes situaciones e historias de vida, además puede desprender procesos de sanación para las mujeres, cuidado del cuerpo e incluso de cambio en la forma de resignificarse como mujer y romper con el ciclo de la violencia. Cuando no se cuenta con personal capacitado para responder a las necesidades de las usuarias los procesos podrían quedar inconclusos, en este sentido trabajo social tiene en sus funciones una responsabilidad mayor con la atención de las mujeres, porque es un elemento facilitador para el cambio.

Este análisis permite comprender que las actividades de las trabajadoras sociales van más allá de procesos administrativos, si bien ellas son las únicas responsables de llevarlos en un primer momento para dar acceso al servicio cuando verifican que la usuaria cumple con los requisitos; detrás de cada procedimiento las profesionales logran ver otras situaciones que afectan a las usuarias como: la inquietud, miedo y angustia por interrumpir un embarazo, situaciones de violencia y detección de ETS.

Las herramientas que ellas tienen a la mano son determinantes para que la usuaria cumpla el procedimiento en tiempo y forma, su capacidad para coordinarse con el equipo de salud sirve para hacer canalizaciones intrahospitalarias y que con ello se atiendan demás problemáticas que presentan las usuarias. Bajo esta lógica un elemento fundamental de análisis es que las trabajadoras sociales que operan el servicio desarrollan sensibilidad para leer el perfil de las mujeres, y con base en las características que identifican ofrecen información para reducir la angustia en las mujeres. Por ello se puede decir que más que funciones administrativas, las trabajadoras sociales realizan un procedimiento de consejería y orientación durante todo el procedimiento.

## 5.6.2 Atención a las usuarias dentro del Servicio ILE

La siguiente sección expone el análisis sobre las percepciones y experiencias de las trabajadoras sociales en la atención que ofrecen a las usuarias en los diferentes procesos y tareas administrativas dentro del servicio, este apartado contribuye a responder al objetivo específico de la investigación: Estudiar el rol de trabajo social en el procedimiento del servicio ILE, en este sentido se retoman las experiencias que tienen con las usuarias con casos específicos como la reincidencia y violación, así como su rol profesional en actividades concretas que permiten una atención adecuada durante el procedimiento. Para la respuesta de este objetivo se retomaron las siguientes preguntas que sirvieron como guía para obtener información:

1. ¿Proporciona información sobre el tratamiento médico que recibirá la usuaria?
2. ¿Toma en cuenta las necesidades de la usuaria para ofrecer información?
3. ¿Realizas algún acompañamiento dentro del proceso?
4. ¿Detectan los casos de reincidencia?
5. ¿En la práctica profesional identificas algún perfil de las usuarias?
6. ¿Qué preguntas frecuentes recibe de las usuarias?
7. En casos de violación ¿cuál es el procedimiento?

Con la información obtenida se conoce el procedimiento que llevan las trabajadoras sociales y los hallazgos que tienen sobre las mujeres que realizan una ILE, sus perfiles, inquietudes y qué miedos hacen presentes cuando están frente a ellas. Se muestran elementos que reflejan algunas características de la población de atención, así como los mecanismos que utilizan para ofrecer atención integral, cuáles son las estrategias que las profesionistas desprenden para abordar a las usuarias y qué descubren en la atención y acercamiento con las mujeres.

### 5.6.2.1 Características de las usuarias

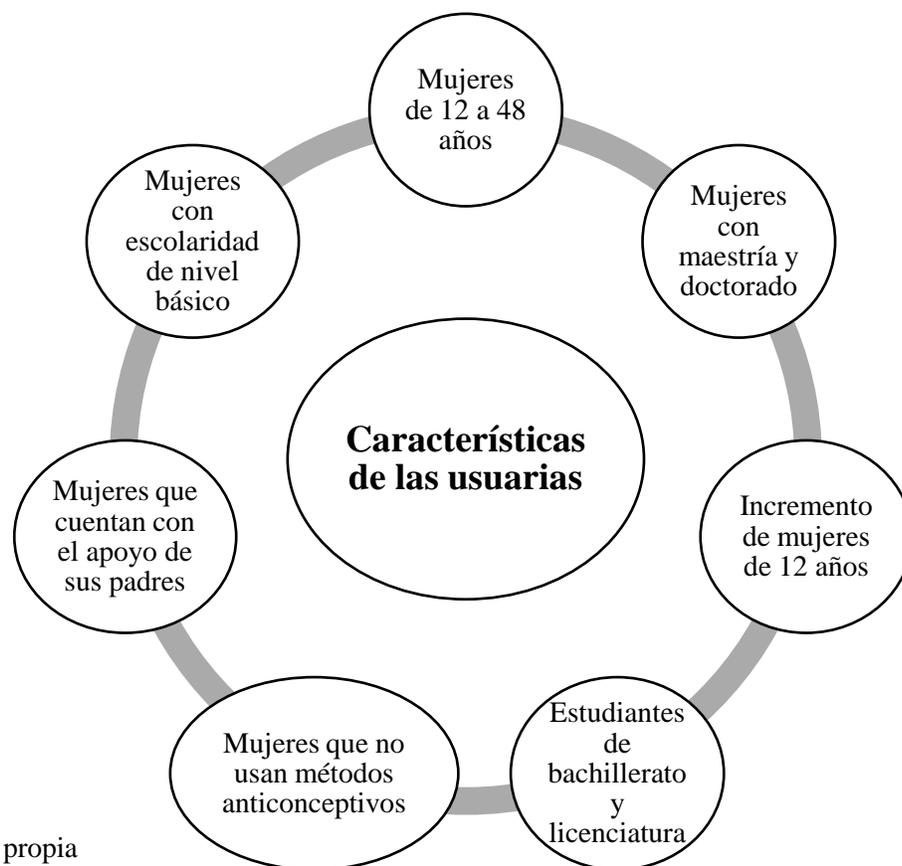
Las características o perfiles de las usuarias son un elemento de análisis para estudiar el fenómeno del aborto, muchas se describen en el informe de Estadísticas de abril de 2007 al 12 de septiembre de 2018 del Servicio ILE<sup>19</sup> que considera el lugar de residencia, nivel educativo, estado civil, edad, ocupación, número de hijos y las semanas de gestación, para

---

<sup>19</sup> Disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-12-de-septiembre-2018-1.pdf>.

reflejar el perfil de usuarias que acuden al servicio, la información obtenida en las entrevistas arrojó elementos en común con las estadísticas que se presentan.

**Figura 21: Características de las usuarias**



Elaboración propia

Al profundizar en los rasgos particulares de las usuarias, las trabajadoras sociales perciben otras características que expresan situaciones de vida constantes en las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, pero también refleja la forma en cómo las profesionales construyen al sujeto de atención, y a partir de ello emiten juicios sobre lo que una mujer debería hacer a determinada edad de su vida, de acuerdo con sus propias percepciones:

*Es de entre 16 y 25 años, la mayoría son estudiantes, son chicas estudiantes, es muy rara la que llega, si ha llegado de 40, 38, me llegó una de 42 años, pero son pocas, la verdad es que es la minoría, señoras de 38 en adelante son pocas, pero la mayoría son jovencitas estudiantes, o son gentes que dicen, es que me cabo de separar, jovencitas 25 años, 24 años, me cabo de separar pero ya no quiero continuar con el embarazo (T.S N1).*

*Bueno pues la mayoría recibe apoyo de sus padres, están estudiando pero no terminan, andan con una pareja y después con otra, vamos no terminan de ser completamente independientes pero se comportan como si lo fueran, se comportan como personas, por ejemplo: asisten al cine, a fiestas a todo eso, no llegan a su casa, como si fueran personas*

*independientes, ¿y quién te mantiene? mi papá o mi mamá, ¿y en qué semestre vas?, una persona de 23 años en cuarto semestre de bachillerato, ósea a los 23 años ya acabaste una licenciatura, y todo eso te da un panorama qué dices bueno... algo está pasando en los padres de esas pacientes que les están permeando esa situación, ósea eres una adulta pero te trato como adolescente, pero te comportas como adulto para cosas tales como el embarazo y vienes a interrumpirlo, pero sigues con tu mismo estilo de vida (T.S. N2).*

*No, las mujeres yo creo que ahí sí son las mismas situaciones, nosotros tenemos mujeres desde los 12 años, ahí sí la edad creo que ha ido variando, en los tiempos que yo empecé llegaban de 15 años, 16, 14, y tú, ay no, es muy muy joven, ahora la diferencia, este año hemos detectado que ya llegan mujeres de 12 años en concubinato, entonces pues es de impacto. Porque tú lo primero que piensas cuando ves a una mujer de 12 años y está embarazada, tú piensas que abusaron, pero ellas vienen y te dicen no, no, no, dijo la mujer de viva voz, yo lo voy a interrumpir porque quiero mi vida en pareja, quiero disfrutar a mi pareja, y así muy madura, bueno dentro de su edad, yo quiero disfrutar a mi pareja y después tener hijos, y lo que tú te vas a acostumbrando es a eso y habituando (T.S. N3).*

Las características de las usuarias develan que hay perfiles con rasgos afines, pero lo cierto es que ninguna mujer está exenta de recurrir a practicar un aborto, porque hay situaciones difíciles de controlar y que no están al alcance de las mujeres como: una violación, las diferentes manifestaciones de violencia sexual, los métodos anticonceptivos fallan o simplemente la espontaneidad de una relación sexual.

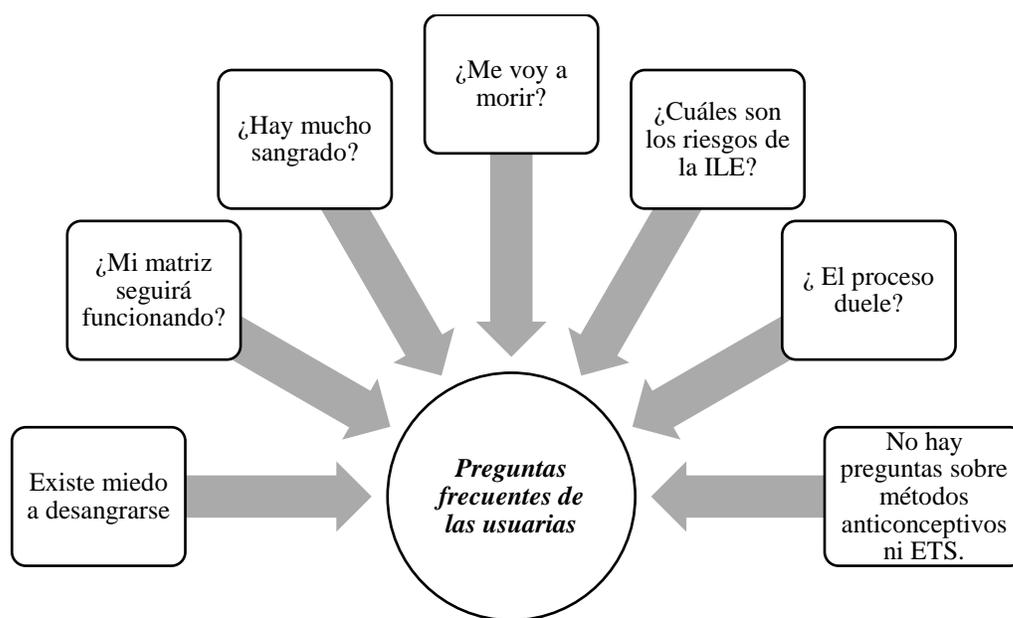
Responsabilizar de forma exclusiva a las mujeres de la reproducción afecta el perfil y el imaginario que se construye de ellas, porque las ubica solo características que se traducen en estadísticas, pero no reflejan los fenómenos y situaciones que se ocultan detrás de una interrupción. Cuando se emiten juicios sobre la forma de vida que llevan las mujeres, se regula su conducta bajo las normas sociales que se enmarcan en una estructura patriarcal, que fija ideales a cumplir, donde una interrupción del embarazo no se acepta.

Las trabajadoras sociales emiten juicios y opiniones sobre la vida de las usuarias, lo que muestra los prejuicios que envuelven a la profesión, la falta de herramientas que contribuyan a comprender el problema en su totalidad para abordar el fenómeno desde una postura de derechos humanos, con perspectiva de género para romper con las imposiciones que se asignan a las mujeres.

### 5.6.2.2 Preguntas frecuentes de las usuarias

En el espacio de la consejería las mujeres encuentran un lugar de contención, aunque normativamente ésta debe abordar el tema del uso de métodos anticonceptivos como médula central, en el proceso de diálogo se expresan inquietudes que reflejan el estigma que permea el servicio. Sin embargo, el miedo que persiste sobre la muerte de las mujeres cuando se aborta en condiciones inseguras aún es una realidad en el resto del país, porque no existen servicios que aseguren una interrupción en condiciones seguras y con personal capacitado; esto se traduce en inquietudes sobre la sangre, el miedo y dolor en la usuaria que acuden a realizar una ILE.

**Figura 22: Preguntas frecuentes de las usuarias**



Elaboración propia.

Las tres trabajadoras sociales coincidieron en que las usuarias manifiestan miedo a tener una hemorragia o *desangrarse*, como ellas los mencionan, durante el procedimiento, les interesa saber cuánta sangre pierden y si existe el riesgo de morir, aunque esto no ha sucedido en el periodo de 11 años en la Ciudad de México.

*Cuáles son los riesgos que lleva una interrupción, la mayoría me dice, oye... y llevo algún riesgo, no me voy a morir si sangro mucho. La mayoría eso es lo que te pregunta, porque no creas que te pregunta, no sé... ni siquiera las enfermedades de transmisión sexual, su preocupación es... me voy a morir, ósea si me hacen esto, me voy a morir (T.S. N1).*

*Mmm...Sabes es que se basa mucho en el miedo, a si se van a desangrar, ósea, les da mucho miedo eso, y te dicen: oiga y, pero...el sangrado similar a mi regla o mucho más grande, ósea eso les aterra, es muy constante que te preguntan eso, voy a sangrar demasiado, este... esa es una pregunta muy frecuente (T.S. N2).*

*Qué me van a hacer, qué me va a pasar, mi matriz va a seguir funcionando, me voy a seguir embarazando, eso es la más frecuente, cómo es el tratamiento, me va a doler, es que yo no quiero que me duela oiga, pero este... voy a morir, no, no vas a morir (T.S. N3).*

El estigma social del aborto se presenta en el espacio de atención que brindan las trabajadoras sociales dentro de la consejería; en ese momento es necesario que ofrezcan información confiable a las mujeres para despejar el miedo, que sirve como mecanismo de control producto de la carga simbólica que la cultura y religión instauran en la subjetividad de las mujeres, y funciona como medio de regulación sobre el aborto, es decir, que las mujeres tengan miedo de abortar. Difundir que servicios como la ILE protegen la vida de las mujeres es importante para romper con los mitos sobre el aborto, la participación de profesionales capacitadas es una herramienta de apoyo para la población, porque las mujeres confían en la voz de las trabajadoras sociales para saber que no cometen ningún delito y que su vida no se pone en riesgo. Conocer y entender el procedimiento rompe el estigma, el papel de trabajo social es significativo porque ellas son las encargadas de guiar el proceso a través de elementos como la educación sexual dentro del espacio de la consejería.

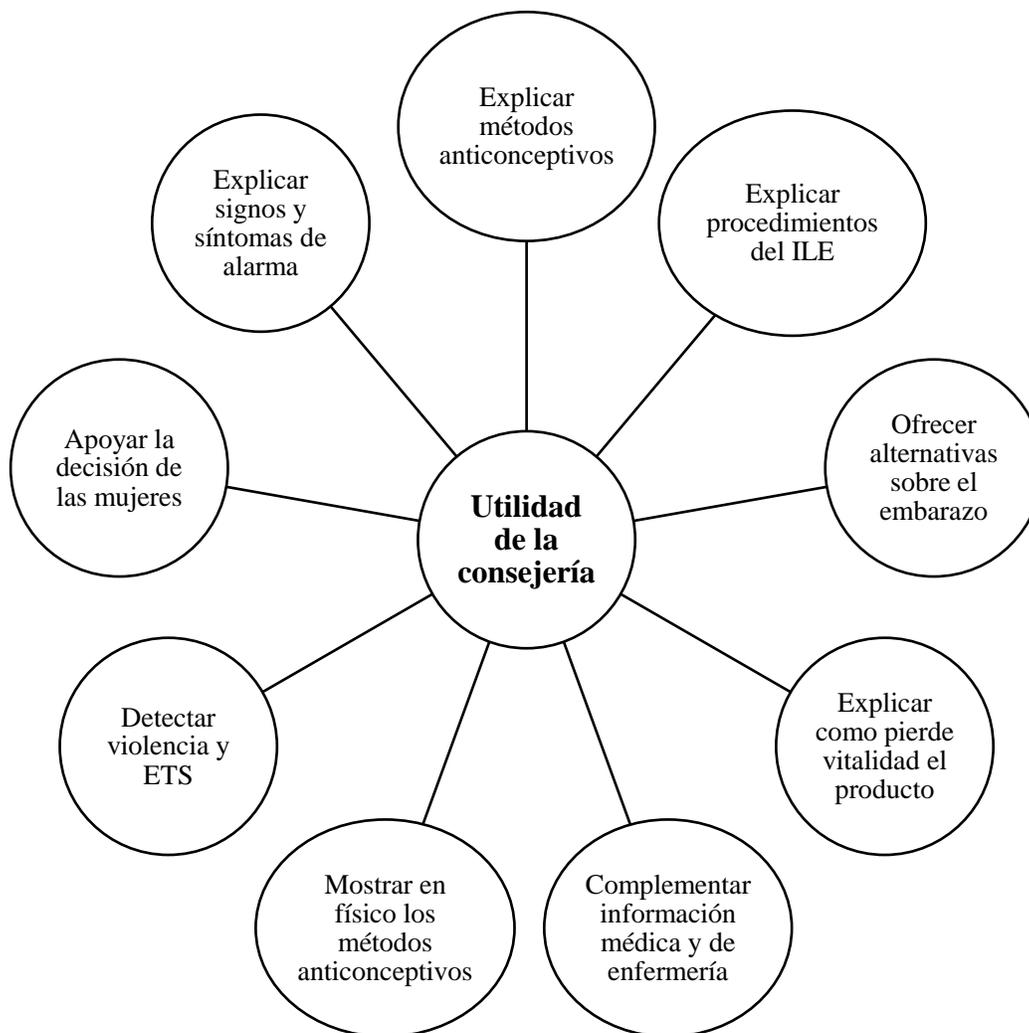
Por otro lado las trabajadoras sociales también pueden violentar y entorpecer el proceso cuando sus juicios morales guían la consejería o alteran la información que ofrecen a las usuarias, quizá ellas se interesan por prevenir el aborto, pero basan su trabajo en ofrecer información que no corresponde con los intereses inmediatos de las mujeres, ellas deben considerar que si una mujer llega al servicio de la ILE es consecuencia de la falta de educación sexual, poco acceso a métodos anticonceptivos o falla de éstos, y que ninguna mujer está exenta de recurrir al aborto. Se apunta lo anterior porque las trabajadoras sociales mencionaron que *No hay preguntas sobre métodos anticonceptivos ni ETS* por parte de las usuarias, y desde su perspectiva es un punto central que debería preocupar a las mujeres.

### **5.6.2.3 Utilidad de la consejería**

La consejería en el Servicio ILE es el espacio donde las usuarias conocen cómo se lleva el proceso de la interrupción, el presente esquema muestra los elementos que son

importantes de abordar para cumplir el objetivo del procedimiento sin dificultades, y sin poner en riesgo la salud de las mujeres.

**Figura 23: Utilidad de la consejería**



Elaboración propia

La información se vincula con elementos médicos para explicar el procedimiento, aclarar dudas sobre la interrupción, signos y síntomas de alarma y según sea el caso apoyar la decisión de la mujer; las trabajadoras sociales relatan que durante el proceso la población siente confianza de narrar sus historias, expresar miedos, mostrar inquietudes y desconocimiento de temas como los derechos sexuales y reproductivos y el propio cuerpo.

*... aquí tenemos lo que es el dispositivo intrauterino, el laboratorio nos lo da para que lo enseñemos, y hay chicas que a veces, aunque tienen prepa o, aunque tienen una carrera, les dices, mira... aquí lo que se les coloca es el DIU Mirena, ¿lo conoces? Sí, a mira qué bueno, me da mucho gusto, pero si no lo conoces mira es éste, cuando lo sacas, las chicas*

*dicen: y todo eso donde me lo ponen, le digo: no, nada más es lo verde y lo rojo, ósea tienes que explicarle. Pero hay gente que te viene de provincia que no sabe, nada, ni siquiera a qué viene, ella viene porque no quiere tener ese embarazo y porque le dijeron que aquí le iban a sacar al niño, así te lo dicen, es que aquí me dijeron que me iban a sacar al niño. No señora es que aquí no se le sacan al bebé, aquí viene a una interrupción legal de embarazo ¿usted no desea continuar con este embarazo? No, no quiero este embarazo. ¿Por qué usted no quiere continuar con este embarazo? Hay gente que se arrepiente también a la hora de la hora, llora muchísimo, tienes que dar ese tipo de contención también, que dices... ósea aquí es mucha carga emocional, la verdad, ósea es un servicio muy bonito, pero es un servicio donde cargas mucho te llevas mucho, muchas cosas (T.S. N1).*

*Después a pacientes que se les va hacer un AMEU, se les explica que se les van a dar pastillas para empezar hacer las contracciones, que cuando el médico ingrese, la vitalidad del producto ya no va a existir, porque eso les impacta mucho, entonces se les dice que no se preocupen en ese sentido, se les explica cómo el médico va a tratarlas, que es en posición ginecológica, que van a introducir un espejo y después una cánula, y después el médico va a empezar a absorber lo que haya quedado, y que se le va colocar ese mismo día el método anticonceptivo...(T.S. N2).*

*Dependiendo de cada caso de las mujeres tratamos de darles una atención integral en el sentido de que llega, pues a acompañarlas, a tratarlas con calidad con calidez, el trato digno ante todo, y en el transcurso del proceso ya tú vas identificando con ya con ese perfil tal cual de Trabajo Social, tiene uno de decir, bueno ella está denotando o demasiada angustia, no deja de llorar, porque hacemos trabajo en grupo, las paso y entonces hablamos del programa, de derechos hacemos, ese proceso de consejería y en ese trabajo es donde ella o te dice: sabe que mi esposo me está obligando, y entonces ya detectas violencia, o alguna no te lo ha dicho y en ese momento te dicen tengo miedo, o cualquier otra situación, o está la que te comentaba que me decía: me quiero suicidar, bueno de aquí yo lo que también le echó es tratarlos a modo interno con los demás profesionales (T.S. N3).*

Con base en las historias e inquietudes que muestran las mujeres, las trabajadoras sociales brindan información para cubrir con las expectativas y responder al desconocimiento sobre el tema, estas narrativas develan aquello que sucede dentro del espacio de la consejería y la importancia que tiene para las mujeres recibir la información, por otro lado, hace visible el trato que las trabajadoras sociales ofrecen a las usuarias, los prejuicios y la percepción que ellas tienen de las problemáticas que presentan las mujeres. Cuando se analizan estas experiencias desde la perspectiva de género, se entiende que el fenómeno del aborto está envuelto en otras problemáticas que van desde la violencia de género hasta el desconocimiento sobre los derechos de las mujeres.

Es necesario contar con formación en temas de género para las trabajadoras sociales, que si bien apegan sus consejerías a la normativa y ofrecen los contenidos casi de forma mecánica, no logran distinguir que las situaciones que se presentan las mujeres son

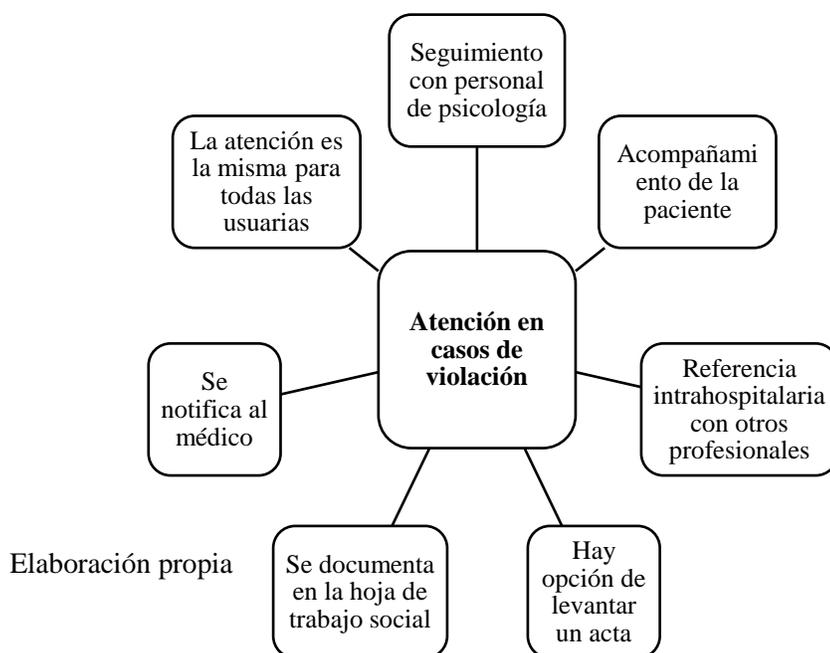
consecuencia de un sistema que a través del poder violenta de múltiples formas, que las situaciones que identifican son producto de una estructura que les impide conocer su cuerpo, disfrutar de su sexualidad sin riesgos, que la educación tradicional y la desigualdad influyen de manera directa en las decisiones y miedos que se expresan en la consejería.

Contar con una herramienta como la perspectiva de género dotará de herramientas a las trabajadoras sociales para abordar integralmente a las mujeres que recurren a la ILE, así como deconstruir los imaginarios sobre las usuarias del servicio, quitar los prejuicios que sin darse cuenta cargan en las usuarias y se reflejan en el abordaje de las problemáticas. Entender que la carga emocional que ellas reciben de las múltiples situaciones con que tratan, responde a fenómenos sociales en que viven las mujeres, y que no se trata de casualidades del destino.

#### 5.6.2.4 Atención en casos de violación

En casos de violación las trabajadoras sociales narran que la atención se ofrece de acuerdo con el procedimiento general para otras usuarias, conforme a la legislación no es necesario que una mujer compruebe la violación, y tampoco se requiere la denuncia ante las autoridades, sin embargo, son casos específicos donde intervienen otros profesionales y se documenta mediante formatos como la hoja de trabajo social para llevar el registro.

**Figura 24: Atención en casos de violación**



Las profesionales reconocen los alcances de su intervención para la atención de casos como la violación, sobre la entrevista que realizan determinan la referencia intrahospitalaria con psicología clínica o SEPAVIGE. Sobre la narrativa se percibe que la normativa de la ILE a través del tiempo es menos restrictiva y avanza sobre las situaciones que presentan las usuarias, esto beneficia la intervención de otros profesionales para la atención integral.

*A cuando es un caso de violación, yo lo que hago, empiezo hacer mi entrevista, y le digo, ¿el motivo de esta violación cuál es? No pues es que me violaron, ¿levantaste un acta? Y te dicen, no, ¿y por qué no levantaste un acta? No porque tengo miedo, o porque es conocido, es mi vecino. Pero ya te vienen casi a los dos meses, entonces lo que yo hago, cuando veo a las pacientes que están muy muy mal, que empiezan a llorar, aquí les das contención, mira pues tranquila, yo sé que a lo mejor fue algo muy traumático para ti, o sigue siendo muy traumático. (T.S. N1).*

*He tenidos dos pacientes en los 10 años que llevo, en los que he estado en la ILE, dos pacientes, una de 15 años y una de 42, y la de 42 regresaba de su trabajo y fue por desconocidos, y la de 15 años fue una persona que tenía problemas con su hermano. [...]antes teníamos que hacer una notificación y el médico también tenía que hacerlo, y ahora ya no porque se hicieron algunos cambios en el servicio de la ILE, porque no sé si recuerdes que antes tenías hasta la semana 12, y ahora sigue siendo, pero existe algo que se llama la IVE, que es la interrupción voluntaria del embarazo, entonces antes, pues tu decía es que yo quiero interrumpir pero fue por violación, entonces no podías hacerlo hasta que no se determinaba, si traías o no un documento legal, ahora no, simplemente lo quiero interrumpir y se acabó (T.S. N2).*

*Violación todos estos llevan este, es el concentrado de igual lo que yo digo, lo que yo le dije [...]También nos apoya psicología clínica que independientemente de este programa de SEPAVIGE, éste se lleva en varios hospitales y aquí se lleva todo lo de violencia, si detectamos a mujeres que quieren salir de esa situación en la que están, ese círculo con la pareja, y me dicen yo voy a interrumpir pero ya quiero dejar a mi pareja, las apoyamos y las llevan a un refugio con sus hijos, lo mueve todo en su vida (T.S. N3)*

A lo largo de las entrevistas las trabajadoras sociales denuncian más casos donde las usuarias presentan violencia, en relación con los casos de violación que atienden en el servicio, la atención que ofrecen a las mujeres depende en gran medida de la percepción que tengan de la situación de cada mujer, con base en ello determinan la continuidad y seguimiento de los casos. Utilizan las herramientas a su alcance para remitir a las usuarias con otros profesionales, porque las actividades que tienen que cubrir no dejan espacio para atenderlas, pero además reconocen hasta qué punto su participación cuenta con preparación necesaria para solucionar la problemática.

### 5.6.2.5 Identificación de casos de reincidencia

Dentro del espacio de la consejería también se identifican casos de mujeres con reincidencia en el número de interrupciones, en estas situaciones hay diferentes posturas entre las trabajadoras sociales entrevistadas; quienes dicen que causa daño en la salud y afecta el cuerpo de las mujeres, por el otro lado, las profesionales perciben que el uso del servicio forma parte de los derechos de las mujeres y no pueden negarlo. Ambas posturas se presentan en los siguientes relatos.

*Melissa debes de ser más consiente, tienes 23 años, es tu tercer ILE, ya tienes un bebé, imagínate tu cuerpo ya no va aguantar, porque ósea tú ya te sabes el camino, ósea ella ya le agarro la onda, pero así..., porque ella dice, esta ocasión que vino me dice, ósea Melissa otra vez, pero porque si apenas acabas de venir, te digo que no recuerdo si vino en febrero o marzo, ósea algo así, fue febrero, le digo, acabas de venir, te vimos en febrero, octubre y ahorita ya vuelves a venir, y me dice, sí, lo que pasa es que me volví a tomar la pastilla del día siguiente, pero te fuiste con un método de planificación familiar en febrero, es que me estaba lastimando y me lo quite... (T.S. N1).*

*...lo que te decía identificamos pautas sociales y de todas maneras, yo he tenido una paciente que ha venido 8 veces, entonces porque es muy fácil hablar en números, pero quiénes operamos el programa podemos ver cómo se comporta, entonces a mí me han tocado pacientes que me dicen: ya rápido llevo prisa, sí pero necesito que me escuches esta parte, no a mí no me interesa eso, yo necesito las pastillas y me voy [...] pero muchas de ellas no vienen a escuchar ni lo del método ni lo de... oye sí ya sabes que te golpea, porque si ya sabes que cada vez que te embarazas va a terminar en esto...no haces cambios, ósea, eh ahí donde yo como ser humano digo, a veces pienso que estoy perdiendo el tiempo, te lo confieso, pero también mi parte de trabajadora social dice calma, tú tienes que ser paciente y tú da lo que tienes, y ya cada quien sabe si lo toma o no (T.S. N2).*

*[...] obviamente siempre va a ser su derecho regresar siempre, aquí el máximo número de ingresos que tenemos en una mujer es de 7, eso es porque le decimos, le volvemos a decir a recalcar, no siempre es la misma información, cada situación en ellas es distinta, a veces es porque ya se le caducó el implante, se lo quiso poner en otro lado. Ella vino por ejemplo en 2015 se le caduca su implante, ya no lo consiguen en otro lado y por supuesto que se vuelve a embarazar, entonces al no conseguir método afuera, tampoco se preocupa por buscarlo, por venir, si nosotros tenemos el método se lo volvemos a poner. Entonces no lo busca de nuevo y volver a regresar embarazada, entonces dice, no ahora si tengo que repetir, pero esta es la segunda y la última, y ahora si me pones otra vez otro método, a veces por excesiva confianza creo de las mujeres (T.S. N3).*

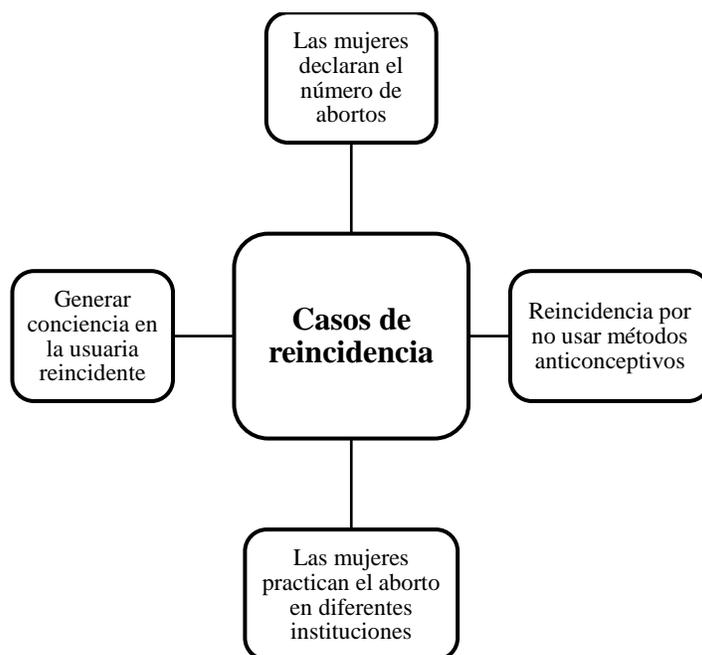
Los fragmentos muestran expresiones de violencia por parte de las trabajadoras sociales hacia las mujeres que recurren al servicio en diferentes ocasiones, hacen evidentes juicios morales y descontentos sobre la decisión de no usar métodos anticonceptivos, de retirarlos o por tener desinterés sobre la información que ofrecen. Mediante los formatos de registro y notas de trabajo, identifican la reincidencia de las usuarias y la periodicidad para

interrumpir un embarazo, con claridad ubican las causas que llevan a las mujeres al Servicio ILE, no obstante, culpabilizan a las mujeres de recurrir al servicio de forma constante, de no ser conscientes del cuidado de su cuerpo, incluso mencionan perder la paciencia cuando atienden a las usuarias reincidentes.

Las formas de violencia que expresan las trabajadoras sociales son producto de un sistema que violenta a las mujeres y lo naturaliza e invisibiliza, asigna roles y estereotipos sobre la maternidad obligatoria, se impone una sexualidad sin placer, niega el disfrute y conocimiento del cuerpo para las mujeres. Las trabajadoras sociales posiblemente no identifican la violencia en su trato con las usuarias, porque no cuentan con una formación con perspectiva de género que les ayude a deconstruir y analizar las situaciones como fenómenos sociales presentes en la cultura.

El siguiente esquema expone los elementos que ayudan a las trabajadoras sociales a identificar los casos de reincidencia.

**Figura 25: Casos de reincidencia**



Elaboración propia

Una de las causas que lleva a la reincidencia y se menciona de forma importante en las experiencias de las trabajadoras sociales, es la falta de uso de métodos anticonceptivos por parte de las usuarias, incluso relatan que ellas acuden a diferentes instituciones donde existe el Servicio ILE para realizar el procedimiento; en la entrevista durante la consejería las trabajadoras sociales mencionan la necesidad de generar conciencia en la usuaria reincidente para que utilice un método de planificación familiar y con ello reducir el número de interrupciones, así como el espaciamiento en éstas.

La atención que ofrecen las trabajadoras sociales y lo que logran ver a través de las usuarias, guarda relación con el análisis del fenómeno del aborto como un tema social que involucra diferentes mitos, perspectivas ideológicas y posturas personales; que se traducen en los miedos y preguntas frecuentes que externalizan las mujeres, los perfiles reflejan las condiciones de vida y pueden ser comparables con las situaciones de desventaja que la estructura patriarcal reproduce para todas las mujeres.

Por otro lado, refleja el tipo de atención que brinda la profesión, las percepciones y posturas que las propias trabajadoras sociales tienen respecto al tema de la interrupción del embarazo, que evidencian los prejuicios que tienen las profesionales y el trato con violencia que pueden ofrecer. El espacio de la consejería se vuelve entonces un momento en donde confluyen diferentes historias de vida, prejuicios, desinformación, se expresan inquietudes y se confrontan posturas y decisiones.

Sobre la atención de casos de reincidencia y violación las trabajadoras relatan que ofrecen el mismo procedimiento para todas mujeres, pero en realidad si desprenden otros procedimientos para atender diferente a las mujeres. Ante estas las múltiples situaciones presentes en el servicio es imprescindible ofrecer capacitación para enriquecer la atención de las mujeres, un elemento esencial es incorporar una mirada crítica y analítica como la perspectiva de género.

### **5.6.3 Capacitación de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE**

El siguiente análisis aborda un tema importante en el ejercicio profesional de trabajo social: la capacitación que reciben las profesionales en rotación del servicio; se guía sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Con qué periodicidad recibe capacitación?
2. ¿Qué institución ofrece la capacitación?
3. ¿Qué temas recibe en la capacitación?
4. ¿Utilizan alguna metodología desde el género?

El propósito de este apartado es indagar sobre la preparación que reciben las trabajadoras sociales para estar al frente del servicio, de acuerdo con la normativa el personal de trabajo social guarda gran responsabilidad para hacer funcionar el Servicio ILE, no sólo en el plano administrativo, sino de gran relevancia es el papel que tiene frente a la atención con las usuarias, con temas que debe abordar referente a derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, ETS, planificación familiar, así como los signos y síntomas de alarma en el procedimiento, aunado a identificar casos que necesitan seguimiento especial, por ejemplo; violación o situaciones de violencia.

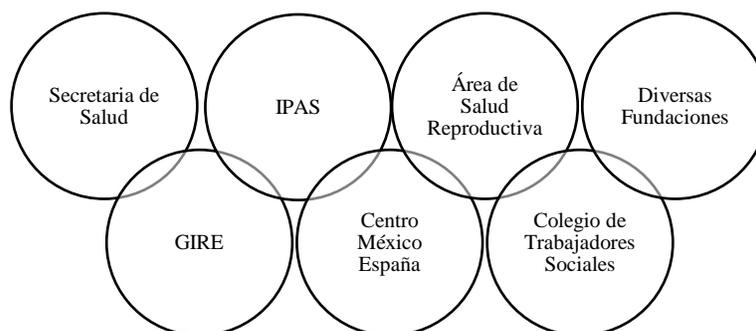
La finalidad de abordar este apartado fue conocer su metodología de trabajo desde la perspectiva de género, como se mencionó en la introducción, se partió de la tesis que las trabajadoras sociales contaban con herramientas suficientes para atender con perspectiva de género a las usuarias, sobre esta línea este apartado trató de indagar más sobre el tema y en especial sobre los conocimientos que las profesionales podrían tener sobre dicha perspectiva, las respuestas obtenidas ayudan a contestar la pregunta de investigación ¿Cómo interviene el Trabajo Social en el proceso de la Interrupción Legal del Embarazo desde la perspectiva de género en la atención con las mujeres? apoyada de los diferentes análisis antes mostrados que retoman diferentes temáticas al respecto.

Indagar sobre la capacitación que recibe el personal de trabajo social es imprescindible para analizar su intervención dentro del servicio ILE, considerar las instituciones que la brindan, así como las herramientas que promueven con las profesionales, y la periodicidad en que se ofrece, son elementos relevantes para conocer cómo se prepara al personal que estará al frente del servicio durante los seis meses de rotación.

### 5.6.3.1 Instituciones que ofrecen la capacitación y periodicidad.

Con referencia a las instituciones que ofrecen la capacitación las trabajadoras sociales mencionan diferentes, se encuentran aquellas que pertenecen al sector público y privado, en ambos casos son reconocidas y se encuentran en favor de la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluso son pioneras en promover legislación para la interrupción legal del embarazo.

**Figura 26: Instituciones que ofrecen la capacitación**



Elaboración propia

En la figura anterior se mencionan todas las instituciones que refirieron las trabajadoras sociales en las entrevistas, para este caso no se presentan relatos porque el esquema tiene como finalidad mostrar el listado de las instituciones para identificar quien participa en la capacitación del personal.

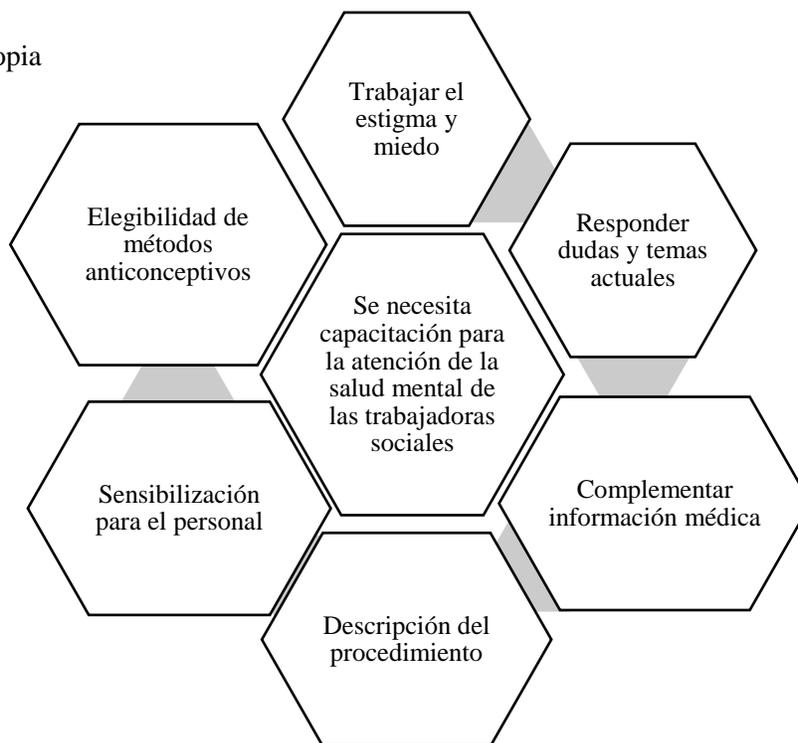
Con relación a la periodicidad de las capacitaciones las entrevistadas coincidieron en el espacio de seis meses, porque la organización del servicio establece la rotación de las trabajadoras sociales en este lapso, excepto en el caso del Hospital Enrique Cabrera, donde la trabajadora social a cargo tiene 7 años en el servicio ILE, sin embargo, también coincidió con la información obtenida.

### 5.6.3.2 Importancia de la capacitación

Las profesionales a cargo del servicio identifican la necesidad de recibir capacitación cuando se encuentran en rotación del servicio, en su experiencia describen que es de apoyo para abordar temas e inquietudes con las usuarias como las siguientes.

**Figura 27: Utilidad de la capacitación**

Elaboración propia



Fue evidente que se encuentran interesadas en acudir a capacitarse, porque reconocen la falta de herramientas para manejar el servicio, sobre todo cuando atienden casos concretos que requieren de información específica, como el manejo de situaciones en crisis, actualizaciones de la normativa y procesos como la IVE. Entre los diferentes puntos que señalan como importantes, resaltan la necesidad de ofrecer sensibilización sobre el tema de la interrupción para otros profesionales que se encuentran en el hospital; también indican que necesitan espacios de contención para el cuidado de su salud mental cuando enfrentan situaciones difíciles de manejar con las usuarias.

*...tú también necesitas ese apoyo, a veces esta orientación, incluyendo hasta supervisión de haber, y cómo te sientes y qué emociones has tenido con tus pacientes, y todo eso porque si no, aquí tu salud mental también corre peligro (T.S. N3).*

*...porque muchas aquí, no solo que sean técnica o licenciada, si no mucha gente no tiene disposición ajá, entonces por eso nos mandan tanto a la capacitación, nos tiene que quedar claro que no estamos para juzgar a las pacientes de ILE, aun siendo trabajadoras sociales muchas lo hacen entonces por eso nos envían a las capacitaciones, más que esto de capacitar, como para sensibilizar (T.S. N2).*

*... a mí porque me gusta ese curso digo, ok, yo lo voy a pagar. Por el servicio que estoy tengo que ir a un curso de salud sexual y reproductiva, porque se va todo el personal de la*

consulta externa, que es de planificación familiar, de la ILE, y tú como trabajo social tienes que ir (T.S. NI).

Como se muestra, la capacitación que se ofrece a las trabajadoras sociales también necesita responder a sus intereses profesionales y personales, a situaciones que identifican cuando están a cargo del servicio como la sensibilización al resto del personal. Cuando no se ofrece capacitación con elementos significativos para las profesionales, es decir temas y herramientas que requieren cuando están al frente del servicio, de forma directa se afecta la atención que brindan a las usuarias, se necesita formación y profesionalización de trabajadoras sociales que cuenten con preparación especializada, para que el Servicio ILE no sea un espacio más de trabajo donde rotan en periodos designados.

### 5.6.3.3 Temas que se ofrecen en la capacitación

Cuando se preguntó a las trabajadoras sociales sobre los temas que reciben en la capacitación con las diferentes instituciones, mencionaron desde aquellos referentes a cuestiones administrativas como el Protocolo de atención del servicio, hasta cuestiones espirituales; se listan a continuación en el esquema:

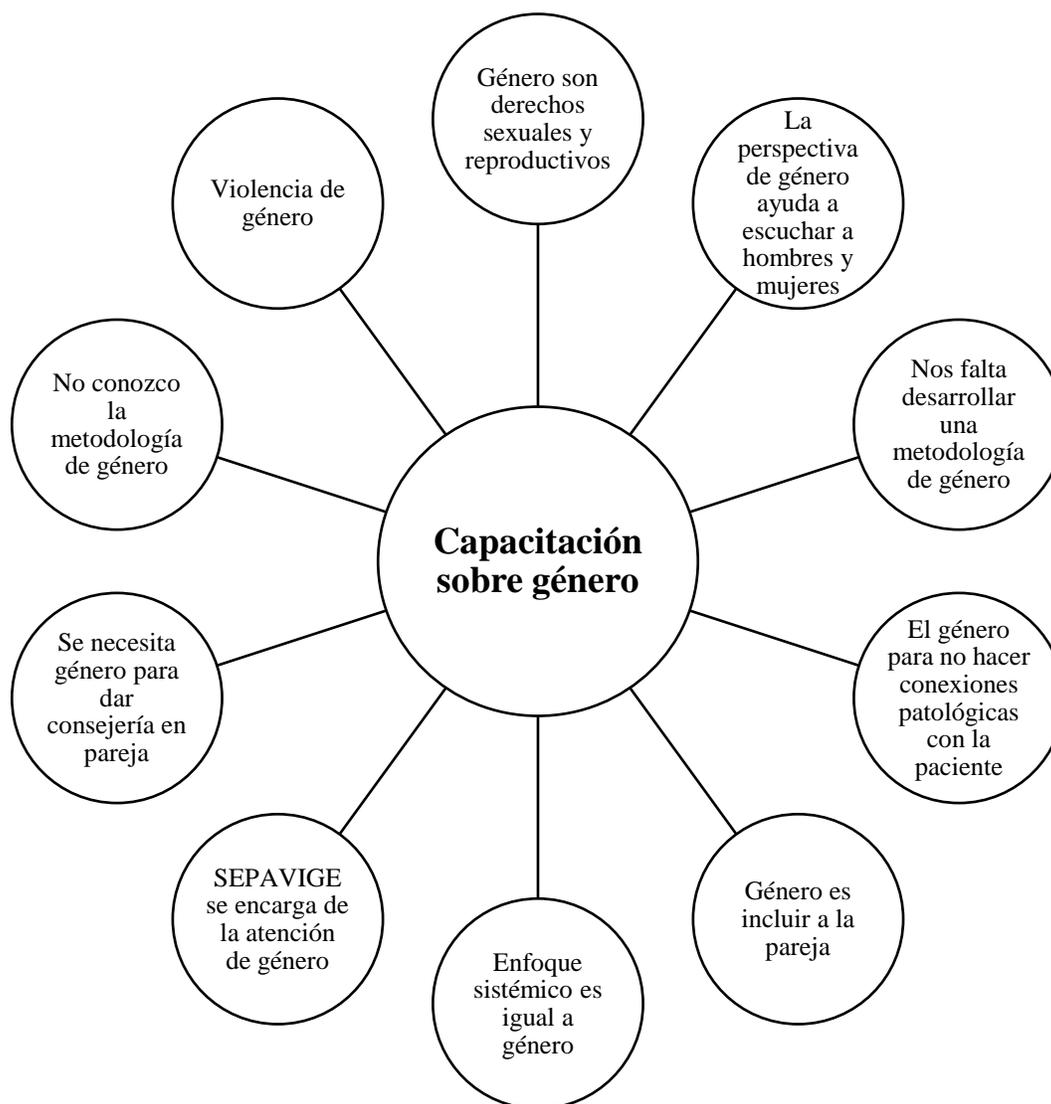
**Figura 28: Temas de capacitación**



Elaboración propia

En general se abordan temas fundamentales como métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos y elementos de psicología, que en efecto son necesarios para atender el servicio de la ILE, sin embargo, son básicos para la atención de las problemáticas que enfrentan en la cotidianidad con las usuarias. En cuenta del propósito de esta investigación y con base en el marco teórico que la sustenta, se indagó sobre la metodología de género como herramienta en la atención profesional, las respuestas se presentan a continuación.

**Figura 29: Capacitación sobre género**



Elaboración propia

Las respuestas indican que las trabajadoras sociales no tienen conocimiento de la perspectiva de género como herramienta metodológica para su actividad profesional dentro del Servicio ILE; cuando identifican el concepto lo vinculan como sinónimo de violencia o derechos sexuales y reproductivos, además de referir como necesario para que la consejería se brinde en pareja o se incluya a los hombres. Por otro lado, consideran que SEPAVIGE es el servicio que debe encargarse de abordar el tema de género por atender casos de violencia, además de igualar la categoría al enfoque sistémico y considerar que se incluye de forma directa. Para las trabajadoras sociales escuchar la palabra género evidencia su desconocimiento, ubican la palabra en el discurso, pero entienden su significado ni los elementos que engloba, gran parte de su argumento se justifica con igualar género como sinónimo de mujeres, sin embargo, no niegan que es un elemento importante que deberían conocer, porque se repite reiteradas veces en los lineamientos oficiales bajo los que se rigen.

*No, no hemos recibido capacitación, desconozco la verdad (T.S. N1).*

*Sí, claro que sí, porque también, porque como este programa solamente va dirigido a la mujer, porque ella es la que está embarazada, pues tenemos que tener capacitación, porque muchos de los que vienen aquí acompañando a la paciente, dicen no lo interrumpas, por favor no lo interrumpas, entonces nosotras debemos de tener la habilidad de brindarle apoyo a esa persona también, y bueno claro que, eso es por poner un ejemplo, pero hay otras formas, no...sí, sí hay capacitación en torno a lo que es género y equidad de género y todas esas cosas [...] no sé cómo las demás trabajen, pero yo trabajo con un enfoque sistémico y entonces obviamente la perspectiva de género está dentro de todo ello (T.S. N2).*

*Nos la da siempre lo que es equidad de género SEPAVIGE, y todo siempre es la encargada, la que viene y nos capacitan para este tipo de cuestiones, y lo que hacemos mucho es incluir a la pareja, a nosotros nos han capacitado hasta en cualquier servicio de ser incluyentes, si viene la mujer y viene muy mal, pero luego el esposo viene peor, yo no le diría que se vaya por allá, le vamos a explicar, es muy complicado que ellos entiendan cómo es la inmensidad de un dolor de contracción, ellos no lo van a entender o no saben (T.S. N3).*

La perspectiva de género es sin duda un elemento imprescindible como herramienta en el Servicio ILE, idealmente se tendría que desarrollar una metodología que la incluyera, pero resulta difícil cuando el personal no cuenta con formación profesional del tema, pese a que las trabajadoras afirman recibir capacitación al respecto, no lo mencionaron cuando se les preguntó sobre los temas que abordan en las capacitaciones, solo una trabajadora social respondió no conocer el tema.

Señalar la responsabilidad de forma exclusiva para las trabajadoras sociales sobre el desconocimiento del tema es delicado, porque si bien es un elemento eje para entender,

analizar y estudiar la ILE, es una carencia de formación profesional y su estudio requiere de un proceso para tomar postura y ser crítica de lo hegemónicamente establecido, pedir que se adquieran estas herramientas en el lapso de la rotación de servicio es una demanda poco viable cuando se conocen las condiciones en que ejercen las trabajadoras sociales su actividad profesional.

La capacitación para las trabajadoras sociales es imprescindible para contar con las herramientas para atender el servicio, los temas que abordan y las instituciones que la ofrecen reflejan una postura en favor de los derechos de las mujeres; sin embargo, cuando se observan situaciones complejas en las mujeres, como las mencionadas con anterioridad, se evidencia la necesidad de promover capacitación sobre los temas ya abordados pero desde la perspectiva de género; así como brindar elementos sobre la metodología de género para la atención de las mujeres, este enfoque es importante para deconstruir incluso los prejuicios de las profesionales, que afectan en distintas formas la atención que ofrecen.

#### **5.6.4 Percepción y experiencia de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE**

Este apartado concreta el cierre a las entrevistas de las trabajadoras sociales, por ello recupera su experiencia, e incluye relatos sobre su actividad en el servicio, percepciones y opiniones de otros respecto de su función, si bien, los apartados anteriores se concentran en obtener respuestas con base en las experiencias particulares de cada trabajadora social, este apartado en especial tiene como finalidad responder al objetivo específico: Analizar las experiencias prácticas de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE, desde la perspectiva de género. Considera las siguientes preguntas como guía para obtener información.

1. ¿Qué mejoraría del servicio?
2. ¿Qué opina del programa ILE y el aborto?
3. ¿Considera que el programa cubre sus objetivos?
4. ¿Cómo se visualiza el servicio dentro de la institución?
5. ¿Qué función crees que tiene trabajo social en el servicio de la ILE?
6. Experiencia de Trabajo Social en el servicio

De igual forma a los apartados anteriores, se muestran los esquemas obtenidos a partir del análisis, esta sección concreta la experiencia de las trabajadoras sociales como el eje de la investigación, es de relevancia porque más allá de indagar sobre su actividad en el servicio,

se retoman sus experiencias vividas y las sitúa dentro de su contexto cotidiano profesional, para exponer las recomendaciones que debería contemplar el Servicio ILE para optimizar el la atención a las usuarias, pero además muestra una valoración que las profesionales hacen sobre los alcances obtenidos con la implementación del mismo.

#### **5.6.4.1 ¿El Servicio ILE cumple con su objetivo?**

La valoración que las trabajadoras sociales hacen sobre el logro del objetivo del servicio varía de acuerdo con su experiencia, percepciones y juicios sobre las usuarias, así como de los perfiles que atienden en su rotación; en general coinciden en un elemento común que refiere al uso de métodos anticonceptivos por parte de las usuarias, y con base en ello valoran el logro del Servicio ILE, es decir, para las trabajadoras sociales el objetivo radica en reducir la reincidencia de las interrupciones, así como su espaciamiento, ellas consideran que es más viable que las mujeres no recurran al servicio, o lo hagan en periodos muy largos.

*...yo hablo por mí, yo quisiera que todas las personas que aquí entran, ya no las volviera yo a ver en un año, mi objetivo sería que todas las señoras que vienen, o todas las pacientes que vienen, se fueran contentas con un método de planificación familiar, que no regresaran, que de verdad tomaran un poquito de conciencia, pero no es así, entonces dices ahí qué está pasando, o no me están entendiendo o no estoy cumpliendo yo, el dar bien las orientaciones, no estoy cumpliendo algo, estoy fallando yo, o la falla es de ese lado, ósea a lo mejor mi objetivo es ese, que todo el mundo se vaya con un método de planificación familiar, que tomen un poco más de conciencia, en que esto no es un método de planificación familiar, definitivamente no lo es, más sin en cambio, chicas, jovencitas de 20, 23 años, ya lo tomaron como un método de planificación familiar (T.S. N1).*

*...entonces cuando dices crees que cumple, bueno de manera estadística y mecánica sí, en cuanto a la consejería no, no estamos cumpliendo en el programa con el impacto que se debería tener, pero porque la consejería no sólo es de quién la está haciendo, sino de quién la está recibiendo, pero sobre todo de quién la está reproduciendo, entonces nosotros hacemos un pequeño toque, pero quién debería de accionarse es la paciente (T.S. N2).*

*...la colocación de método anticonceptivo, porque tanto yo ya le di una asesoría como enfermera también ya le dio la asesoría, y entonces totalmente decidida, te firma, el implante Mirena se le coloca, y tú tuya como Trabajo Social lo mismo, vas a tu nota de la que vino de alta hoy, y ya le pones Celeste se presentó a su alta y además ella se llevó su DIU Mirena, entonces ya puedes descansar, caso cerrado.[...] con la ILE se ha disminuido el número de muertes. Creo que ha favorecido bastante la salud sexual y reproductiva de las mujeres y ha disminuido la muerte materna que realmente es el objetivo de este programa (T.S. N3).*

La renuencia de las mujeres a usar un método anticonceptivo se percibe como negativo para las trabajadoras sociales, desde su postura expresan que hay falta de conciencia en ellas sobre el cuidado de su cuerpo y salud reproductiva; la falta de formación con

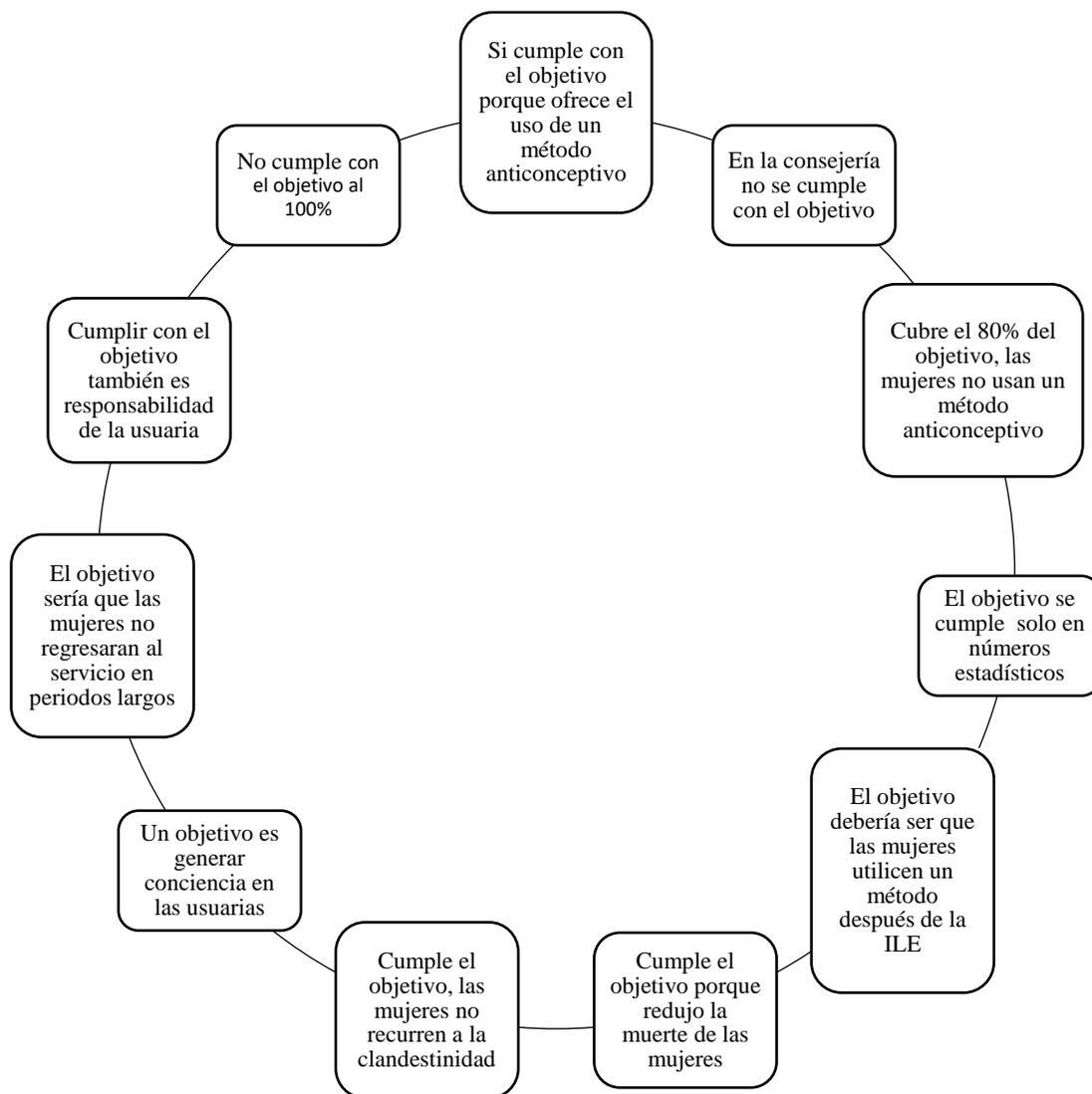
perspectiva de género se traduce en la práctica profesional a través de supuestos como los anteriores, porque no se dimensiona que las mujeres tienen desventajas en la estructura social, donde la educación de para la sexualidad y reproducción se niega, y en el mejor de los casos se ofrece solo a mujeres de sectores privilegiados, aunado a que la mujer se ubica como la única responsable de la reproducción.

La negativa a usar un método anticonceptivo se relaciona en ocasiones con el desconocimiento de ellos, *las chicas dicen: y todo eso donde me lo ponen, le digo: no, nada más es lo verde y lo rojo, ósea tienes que explicarle, pero hay gente que te viene de provincia que no saben, nada, ni siquiera a qué viene, ella viene porque no quiere tener ese embarazo y porque le dijeron que aquí le iban a sacar al niño* (T.S. N1) la accesibilidad a los métodos y el estereotipo de mujer-madre implantado en la sociedad, donde una mujer encuentra su plenitud en la procreación. Por otro lado, se mencionó en las entrevistas que muchas mujeres son violentadas por su pareja cuando toman la decisión de usar un método.

Reducir las situaciones que presentan a las usuarias a cuestionamientos como:, *entonces dices ahí qué está pasando, o no me están entendiendo o no estoy cumpliendo yo, el dar bien las orientaciones, no estoy cumpliendo algo, estoy fallando yo, o la falla es de ese lado* (T.S. N1) lleva a las trabajadoras sociales a cuestionar su ejercicio profesional y reducir el análisis del problema a culpabilizar a las mujeres, porque no se dimensionan la problemática desde una perspectiva de género, que dotaría a las profesionales de herramientas y alternativas para atender la raíz de cada situación.

Sobre la experiencia que se adquiere en la rotación del Servicio ILE se conoce el objetivo primordial: reducir el número de muertes de las mujeres que abortan en condiciones inseguras; cuando las trabajadoras sociales tienen presente este elemento su valoración del servicio cambia, y afirman que, si se cumple con los estadísticos, sin embargo, desde su experiencia visibilizan otras situaciones que no se reflejan en números porque son cuestiones de fondo, a las que se enfrentan cotidianamente. Se presenta el siguiente esquema con las respuestas de las trabajadoras sociales sobre el logro del objetivo del Servicio ILE.

**Figura 30: El Servicio ILE cumple su objetivo**



Elaboración propia

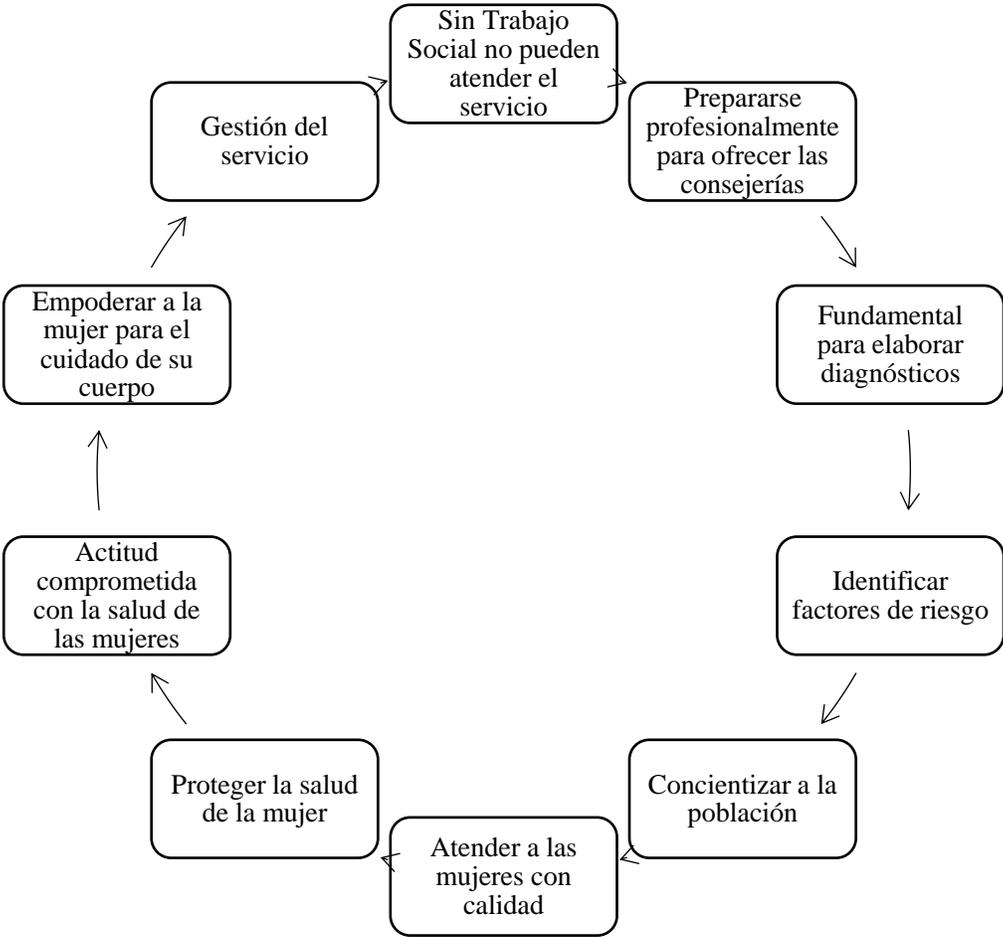
Sobre las respuestas obtenidas, se resalta la importancia que las trabajadoras sociales confieren a la participación de las usuarias sobre la responsabilidad y conciencia del uso de un método, mencionan que su participación y el grado en que se involucren se reflejan en el objetivo de reducir el número de interrupciones. Considerar esta postura en el balance de resultados que institucionalmente se presenta, ofrece otro panorama, que cuestionaría el incremento del número de interrupciones por año, donde la meta ideal sería que se mantuviera constante o incluso se redujera, porque en ese sentido se reflejaría el impacto e importancia

sobre la educación en salud sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, así como la responsabilidad del Estado para proveerlos. No se trata solamente de medir el impacto del crecimiento del número de usuarias atendidas, sino, sobre todo medir su reducción, así como eliminar el número de muertes por abortos clandestinos.

**5.6.4.2 Función de Trabajo Social en el Servicio ILE**

Sobre la función que Trabajo Social tiene como profesión en el servicio, ellas mencionan lo siguiente:

**Figura 31: Trabajo Social en el Servicio ILE**



Elaboración propia

Las actividades que trabajo social desarrolla dentro del servicio van desde la gestión del servicio, hasta promover el cuidado de la salud de la mujer, de acuerdo con su experiencia las profesionales también mencionaron que su participación contribuye a detectar factores de

riesgo a través de la elaboración del diagnóstico, este elemento da cuenta de la metodología que emplean como producto de la formación académica, un elemento distintivo de la profesión, como ejemplo:

*La de trabajo interdisciplinario, la gestión de servicios no sólo de la ILE o de servicios básicos, sino establecer redes de apoyo, los diagnósticos sociales son súper importantes para que tú hagas un diagnóstico del modo más cercano posible y que detectes esos factores de riesgo, conductas de riesgo y ataques el punto débil de la mujer, y entonces esa es un área de oportunidad, esa área de oportunidad qué vas a hacer con ella... (T.S. N3).*

Por otro lado, se encuentra una labor importante que se vincula con el trabajo en equipo entre la trabajadora social y la usuaria, corresponde a ambas la tarea de concientizar sobre el uso de métodos anticonceptivos como herramienta para reducir el número de interrupciones, como se mencionó en la sección anterior.

*Pues un papel muy importante, porque concientizas demasiado a la población, tratas, más bien tratas de concientizar a la población, a mí me ha quedado muy grabado, [...] ósea a lo mejor podré tener, siete, ocho pacientes, pero con una que haga conciencia, pues debo de tener cuidado si ya no me quiero embarazar, o me voy a operar si ya no quiero seguir teniendo bebés, hay muchas cosas, no, que a veces hablas y dices... (T.S. N1).*

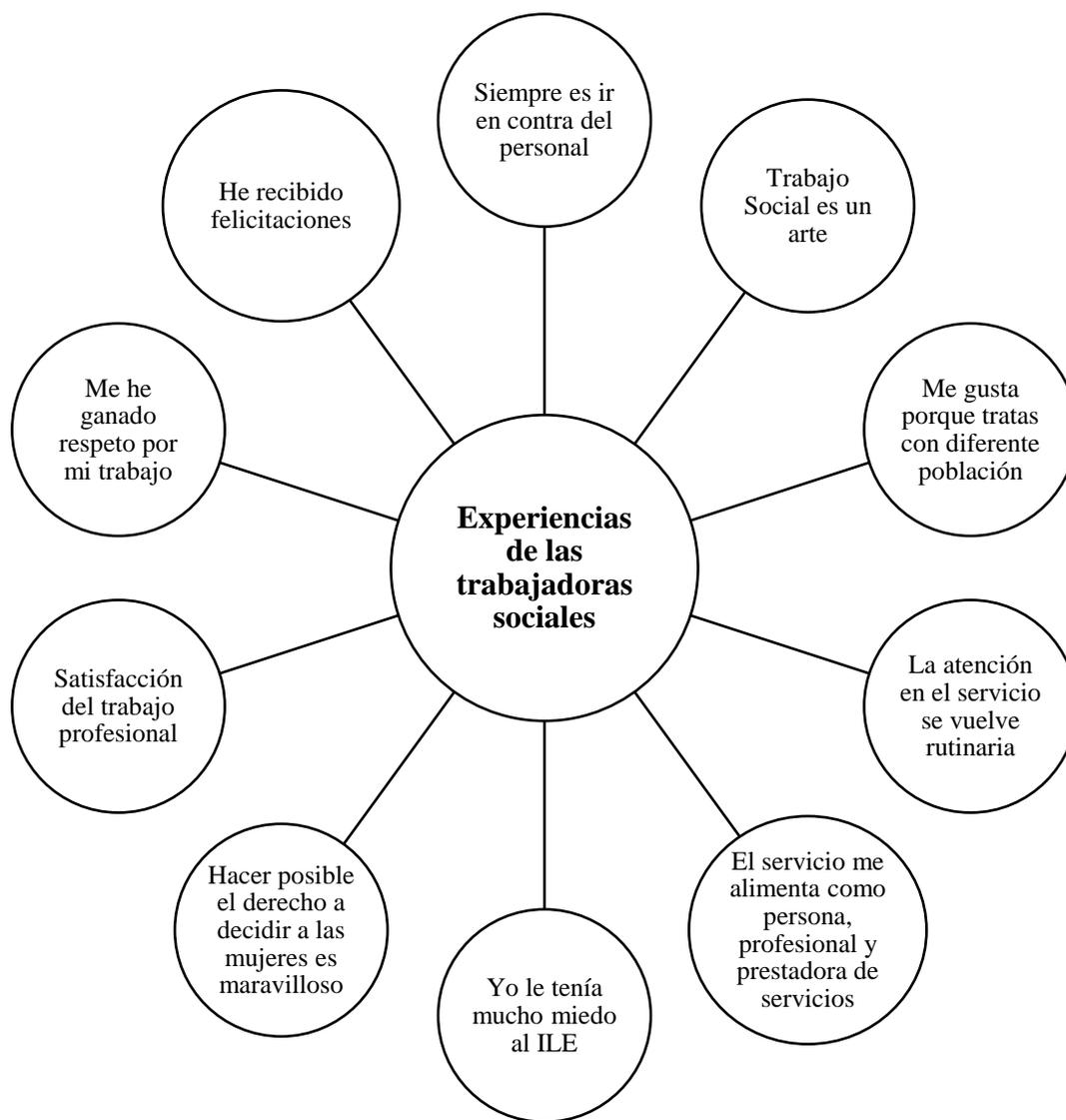
*Mira pues... te voy a poner una analogía, cuando vas a un psiquiatra el 40% de la recuperación de los pacientes con diagnósticos tales como trastornos, lo medicamentoso es el 40%, el 60 es lo terapéutico, aquí en trabajo social si mis compañeras que están aquí, entendiera que la parte de la consejería es fundamental para que todo lo demás, porque el colocarte las pastillas es bien sencillo, el que te tomen una muestra es súper sencillo, el que tú tomes conciencia de que tu conducta, de tus selecciones, de todo tu comportamiento en general ha venido a concluir en este lugar, es donde está el meollo del asunto (T.S. N2).*

La participación de la usuaria muestra que las trabajadoras sociales buscan incluirla como sujeto con la capacidad de reflexionar, promover procesos de autonomía y cambio durante el servicio, no obstante, el periodo de acercamiento es corto para desmontar todas construcciones que pesan sobre las mujeres y afectan su vida reproductiva y el disfrute de su sexualidad y se concretan en la interrupción de un embarazo; pero al considerar que las trabajadoras sociales valoran su participación en el servicio también en función del papel de las usuarias, hace evidente que su actuar profesional tiene un compromiso para desprender procesos de cambio para las usuarias.

### 5.6.4.3 Autovaloración de la participación de Trabajo Social en el Servicio ILE

Diferente de la evaluación sobre el papel que tiene Trabajo Social en el servicio, las profesionales relatan las experiencias que denotan la valoración que ellas hacen de su propio trabajo, se exponen en el siguiente esquema.

**Figura 32: Experiencias de las trabajadoras sociales**



Elaboración propia

La valoración de su participación en el servicio contempla elementos que parten del crecimiento personal y reflexión de su propia vida, hasta externar miedos que antes tenían del servicio: en su mayoría identifican un espacio que brinda satisfacción profesional y reconocimiento de los otros, sin embargo, también hubo quien mencionó que el servicio se vuelve rutinario y que implica ir en contra del personal.

*A mí me ha alimentado mucho como mujer, como persona, como profesional, como prestadora de servicios de salud y salud sexual y reproductiva, creo que Trabajo Social tiene mucha oportunidad, aparte de todos los procesos en los que participamos y en otros servicios también, yo he pasado por todos los servicios del hospital pero aquí en específico el trabajo con las mujeres es muy interesante, muy rico, hasta aprendes también de las pacientes, de hecho cuando tú estás apoyando a una paciente y sabes que de alguna manera lo que tú le digas sembró una semilla de valorar su vida su salud (T.S. N3).*

Las trabajadoras sociales también son mujeres que pueden padecer las mismas situaciones que presentan las usuarias, el proceso de aprender de las pacientes y a partir de ello crecer personalmente, refleja que el Servicio ILE es un espacio de mujeres para mujeres; leer otras realidades sin deconstruir y analizar la propia, es un elemento que denota la necesidad de trabajar con perspectiva de género, pero además involucra que sobre la práctica las trabajadoras sociales se nutren de las experiencias de otras mujeres y esto les sirve para valorar su actuar profesional a través del reconocimiento que se traduce en la gratificación.

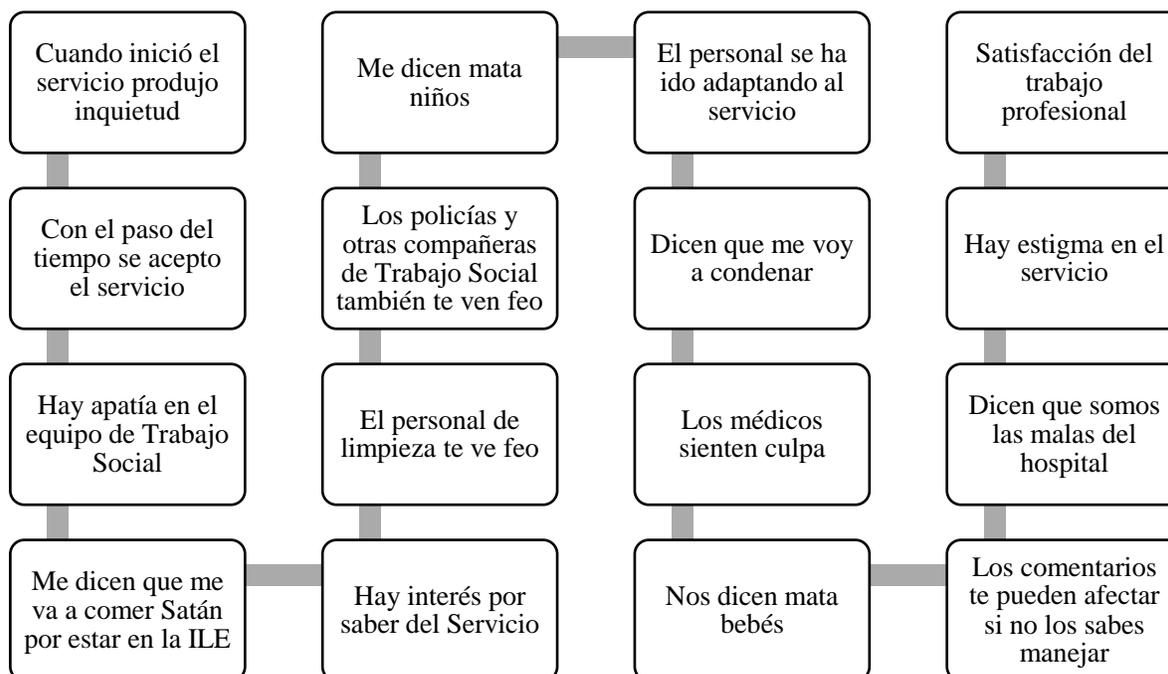
*...nos rolan cada seis meses el servicio, que la verdad a mí me gustaría quedarme en ILE [...] Fíjate que es un servicio al que yole tenía miedo, decía yo ILE, qué voy hacer en ILE, no, qué les voy a decir, [...], pero las chicas con las que a veces estoy dialogando, se me quedan viendo y me dicen, mi satisfacción es de que se levantan y me dicen: señorita, es usted muy amable, qué bonito me habló, muchísimas gracias, he recibido de detallitos como no te das una idea, de hecho recibí una felicitación del servicio (T.S. N1).*

La valoración que las usuarias hacen del servicio influye sobre las trabajadoras sociales para apreciar su trabajo, parece que al leer sus experiencias se puede indagar también sobre sus posturas ante el Servicio ILE, como un espacio que guarda aprendizajes, situaciones críticas y prejuicios, cuando se indaga sobre lo que acontece dentro se abre un panorama donde confluyen diferentes perspectivas de un fenómeno y actividad profesional.

#### 5.6.4.4 Percepción de la participación de Trabajo Social en el servicio

El Servicio ILE es el espacio donde confluyen múltiples contradicciones que van desde la opinión que tienen los otros del servicio, la percepción que tiene las trabajadoras sociales de las usuarias y viceversa. En la siguiente figura se muestra cómo miran otros profesionales el servicio, a través de la experiencia de las trabajadoras sociales.

**Figura 33: Percepción de la participación de Trabajo Social en el Servicio ILE**



Elaboración propia

Este apartado es interesante de analizar porque refleja las ideas que giran alrededor de servicio, que se traducen en múltiples formas de violencia y discriminación tanto a las trabajadoras sociales como a usuarias, se vincula directamente con temas como la objeción de conciencia y estigma social. La figura anterior muestra las respuestas que las profesionales expresaron cuando se les preguntó ¿Cómo se visualiza el servicio dentro de la institución?, sin embargo, las contestaciones obtenidas se dirigieron a señalar el trato y comentarios que las trabajadoras sociales reciben cuando están en la atención del servicio.

Un elemento común es que otros profesionales de las instituciones de salud como pueden ser médicos, enfermeras, personal de limpieza y administrativo, hacen comentarios de forma directa a las trabajadoras sociales por atender el Servicio ILE; el punto central se vincula con recibir comentarios sobre condenarse, el castigo y matar bebés o niños.

*Si lo vemos desde el punto médico, fíjate que hay muchos doctores que son éste... cómo se les llama... objetores de conciencia, entonces así entre amigos, por ejemplo, un médico pediatra de aquí me dice: se va a ir al infierno por andar ahí metida en la ILE. Y entonces a mí no me hace ninguna mella, pero está muy dividido, hay personas que dicen: yo no voy a hacerlo, personal de enfermería, incluso había una trabajadora social aquí cristiana que decía: no, yo no, yo no (T.S. N2).*

*Jajaja...si yo te dijera cómo me ven, me preguntaban a veces las compañeras, las enfermeras y administrativas, ¿dónde estás? No pues que estoy en ILE. Cruz, cruz, cruz... Ósea, pero por qué, qué les pasa o qué. Decían, no a ti te va a comer Satán. Porque dicen que nosotras matamos bebés, ósea que viene a este servicio para que nosotras les facilitemos la entrada al consultorio, y que maten a los bebés, ósea y nos ven como las malas del hospital, que por qué, que me voy a condenar, ósea oye momento, para empezar la decisión no la tomo yo, para seguir, yo no mato a nadie, de hecho nadie mata a nadie, ósea, que porque estoy en este servicio, le digo, ósea qué les pasa, ¿estamos tan mal? (T.S. N1).*

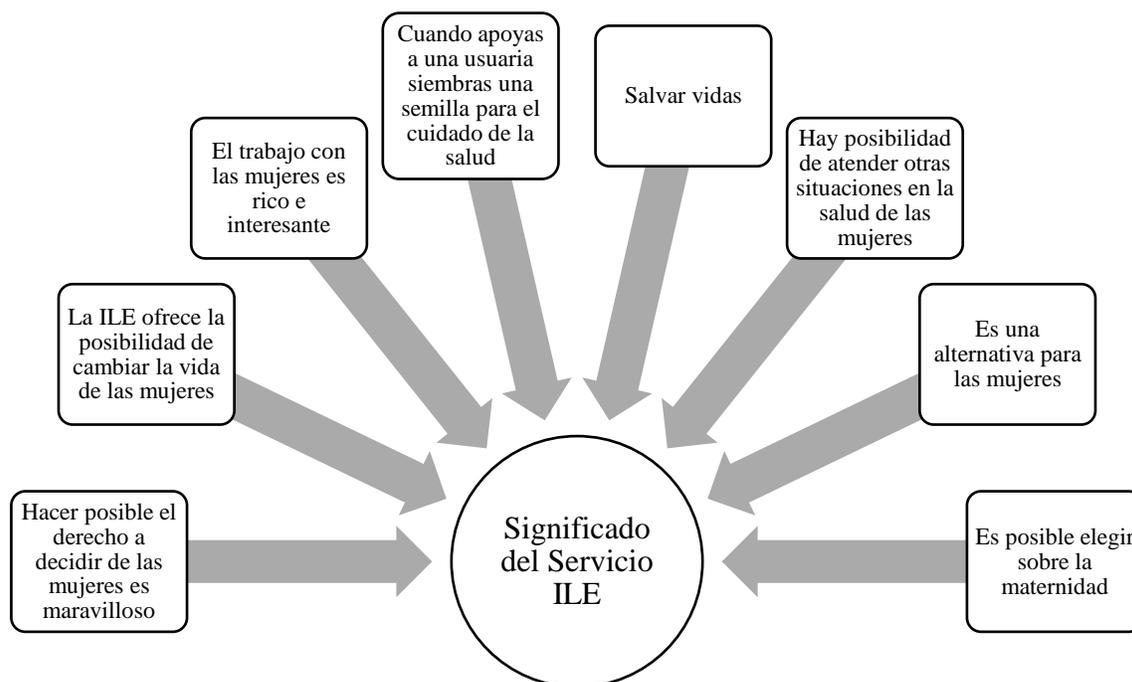
*Yo mejoraría la actitud de los compañeros y compañeras, estamos muy estigmatizados, entonces por ejemplo yo, pues te digo, aquí me ven y me ven los compañeros y no... Estás de cómo nos dicen, de mata niños o no sé una cosa así, eso siempre es ir contra el personal, yo mejoraría mucho la capacitación al personal, para mí creo que esta cuestión de capacitar a la gente, a todo el personal desde el personal de limpieza que te ven feo, hasta los policías a cualquier compañero, hasta las compañeras de Trabajo Social... (T.S. N3).*

Estos relatos muestran además del prejuicio, las estrategias que utilizan las trabajadoras sociales para lidiar con los comentarios negativos hacia su trabajo, en general se observa que las profesionales se han habituado a escuchar esas frases con frecuencia, a ninguna de las entrevistadas parece afectarles personalmente aquello que escuchan. Los comentarios expuestos son un reflejo de lo que socialmente ocurre respecto al fenómeno del aborto y de cómo se percibe en la población, el prejuicio impacta en el servicio porque hay estigma, miedo y desconocimiento sobre el tema, donde se involucran las creencias e incluso concepciones filosóficas de qué significa la vida; no se vislumbra como un servicio que protege y hace efectivos los derechos reproductivos y sexuales y que reduce el número de muertes; simplemente se criminaliza y eso provoca que se considere un tema “delicado” cuando no lo es, simplemente es un fenómeno estigmatizado que guarda diferentes posturas con las que se puede estar o no de acuerdo, pero se deben respetar los derechos de las mujeres.

### 5.6.4.5 Significado del Servicio ILE para las trabajadoras sociales

En contraste con las percepciones que tienen otros profesionistas sobre el Servicio ILE, esta sección muestra qué significado otorgan las trabajadoras sociales al servicio, qué sentido le dan a su creación e implementación, cómo ayuda a las mujeres, qué piensan de pertenecer al equipo de trabajo que lo pone en marcha, entre otras.

**Figura 34: Significado del Servicio ILE**



Elaboración propia

Con las respuestas obtenidas se aprecia una idea del servicio diferente de lo conocido a través de las páginas de internet, comentarios e investigaciones; la percepción de las trabajadoras sociales pese a tener elementos que causan controversia, en este apartado se percibe una postura de derechos cuando expresan el significado que dan al servicio, si bien, hay descontento con las usuarias que deciden no utilizar un método anticonceptivo como se mencionó anteriormente, si se identifica el Servicio como un logro que desprende la posibilidad de cambiar la vida de las mujeres, salvar su vida y atender diferentes situaciones de salud que otros espacios no ofrecen.

Es necesario incluir una formación integral en materia de derechos humanos, proyecto de vida y género, para afinar y especializar a las profesionales a cargo. Las frases que presenta el esquema se retoman de las narrativas para analizar las experiencias, la elaboración de éste fue producto de los comentarios, al momento de elaborar el análisis este grupo de indicadores denotó las diferentes formas de significar el servicio para las trabajadoras sociales, es por esto por lo que no presenta fragmentos información complementaria.

#### **5.6.4.6 Recomendaciones al Servicio ILE**

Con base en la experiencia de las trabajadoras sociales y después de conocer diferentes elementos del servicio, que van desde funciones administrativas hasta el significado del servicio y la práctica profesional, se preguntó qué recomendaciones harían para mejorarlo tomando como referencia su participación previa, ¿qué propondrían las trabajadoras sociales en caso de ser responsables de actualizar el servicio?

**Figura 35: Recomendaciones al Servicio ILE**

Recomendaciones al Servicio ILE	Sensibilizar al personal de Trabajo Social
	Mejorar el espacio de atención para las usuarias
	Capacitación a todo el personal para reducir el estigma
	Dar a conocer lo que hace el servicio
	Disminuir el tiempo de rotación al servicio
	Capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos y género
	Mejorar la organización entre la enfermera y trabajadora social
	Establecer un grupo fijo de consejería
	Crear un taller de sensibilización y empoderamiento con las usuarias reincidentes
	Organizar un taller de autoestima y autocuidado
	Mejorar la actitud del personal
	Mejor comunicación el personal del hospital
	Avanzar en la normativa legal
	Dos trabajadoras sociales para Servicio ILE
No se necesita mejorar nada del servicio	

Elaboración propia

Cuando se preguntó a las trabajadoras sociales qué mejorarían del servicio, fue interesante la reacción que tuvieron para exponer sus propuestas, porque usualmente su perfil se emplea para poner en marcha programas de diferente tipo, pero poco se toma en cuenta su opinión con base en su experiencia, los conocimientos que han adquirido y las dificultades que enfrentan en la cotidianidad, para enriquecer un servicio que carga diferentes prejuicios pero que salva la vida de las mujeres; solo una trabajadora social dijo que *No se necesita mejorar nada del servicio*. Ellas sugieren elementos básicos e indispensables que posiblemente no se consideraron cuando se puso en marcha el servicio, pero que aseguran una atención de calidad para las mujeres.

Considerar las experiencias de las trabajadoras sociales como un referente que sirva para evaluar el objetivo del programa ofrece más información de la esperada, muestra un punto de vista diferente que parte de situaciones que enfrentan con las usuarias; se logran identificar otros factores que no se contemplan cuando se publican los logros del servicio. Además se conocen fenómenos que suceden dentro de las instituciones de salud y afectan la labor de trabajo social, como el estigma y la violencia que experimentan a través de comentarios y señalamientos de otros profesionales.

En contraste y pese a las dificultades que experimentan las trabajadoras sociales, identifican y reconocen su trabajo, notan la importancia que tiene cada una de sus actividades, y saben que sin su participación el servicio no podría funcionar; para ellas el significado del servicio es diferente de lo que se presenta en la normativa, las situaciones que atienden las llevan a entender los alcances de contar con un servicio como ILE en la Ciudad de México. Toman en cuenta su experiencia y proponen algunas medidas concretas para mejorar el servicio, las cuales deben ser consideradas para nutrir y apoyar su actividad profesional.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo de investigación permiten visualizar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son efectivos solo de acuerdo al lugar de residencia, el panorama internacional no dista mucho de lo que sucede en nuestro país, las mujeres tienen acceso a servicios de salud que protegen su vida en casos específicos cuando deciden interrumpir un embarazo, es necesario que los gobiernos cumplan con su responsabilidad de salvaguardar la vida de las mujeres y sus derechos como personas, para que éstos no se limiten bajo ninguna circunstancia. A pesar de que México se ha suscrito a la gran mayoría de tratados internacionales que buscan proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, en específico los derechos sexuales y reproductivos, la realidad es que no hay una política pública de salud en sexualidad que responda a elementos como el placer, los vínculos afectivos, la atención de la violencia en pareja, entre otros; el eje predominante es la atención de la reproducción.

El derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y proyecto de vida es una deuda de la sociedad, hoy día no se puede hablar de libertad para que las mujeres decidan sobre su cuerpo sin que penden de legislaciones restrictivas, estigma social, culpa, prohibiciones y el castigo cuando la legislación lo permite; por ello esta investigación guarda una postura en favor de los derechos de las mujeres, en específico sobre los sexuales y reproductivos, es una acción en favor de la despenalización del aborto a nivel nacional y mejora del servicio en el ámbito local, tiene un compromiso ético y profesional desde la formación como Maestra en Trabajo Social para generar aportaciones desde la academia e incidir con investigación en el desarrollo de programas y políticas que impactan en la población, mostrar las condiciones del servicio y aquello que se oculta detrás de su implementación, así como considerar las experiencias de quienes ejecutan cotidianamente los servicios, para exponer los retos que enfrentan y la loable actividad que realizan.

Profundizar sobre la intervención que realiza la profesión de trabajo social dentro de un programa como la ILE es imprescindible para analizar su sentido ético, porque ahí radica la identidad de trabajo social que, a diferencia de otros profesionales o instituciones que también llevan a cabo intervención, se encuentran cargadas ideológicamente, moralizan las decisiones de las personas y guían su actuar por el sentido común. Trabajo Social debe posicionar su intervención con base en la teoría y valores éticos profesionales para el desarrollo de una metodología de trabajo que satisfaga las demandas reales de la población.

Para realizar esta investigación y responder al objetivo general, se partió del supuesto que dentro del Servicio ILE trabajo social utilizaba una metodología desde la perspectiva de género en la atención con las usuarias, por dos elementos: es un espacio que protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; e identificar el servicio como un derecho para decidir sobre el cuerpo y proyecto de vida, sin embargo, en el desarrollo del trabajo de campo este supuesto se descartó, porque en el ejercicio de la disciplina se desconoce la metodología de la perspectiva de género, no se entiende qué refiere el concepto género, incluso las trabajadoras sociales lo identifican como sinónimo de mujer.

El aborto; también se analizó desde la perspectiva de género para exponer el papel de la mujer ante la problemática, y exponer aquellos elementos socioculturales que afectan sus derechos humanos en una sociedad que se basa en dogmas que oprimen y mantienen su estatus *quo*, a través del control del cuerpo de las mujeres y su sexualidad. Otro elemento que llevo a considerar ésta perspectiva en el desarrollo de la investigación, fue que Trabajo Social es una carrera feminizada<sup>20</sup>, lo que podría implicar un compromiso de la disciplina para desarrollar una metodología que considere al género como una categoría de trabajo y análisis; por tanto, se retomó la Teoría Feminista y su metodología para analizar las realidades de las profesionales; porque una trabajadora social puede encontrarse en las mismas situaciones de las mujeres que atiende. Las trabajadoras sociales no dejan de lado sus percepciones y formas de vida cuando están frente al servicio; lo que puede afectar la atención que brindan; ofrecer

---

<sup>20</sup>La concentración de la matrícula por plantel entre 2009 y 2012 muestra que nueve planteles se mantenido como feminizados. Éstos son la Escuela Nacional de Artes Plásticas, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la Escuela Nacional de Trabajo Social, la Facultad de Medicina, la Facultad de Veterinaria y Zootecnia, la Facultad de Odontología, la Facultad de Psicología y la FES Iztacala y Zaragoza. Actualización *Presencia de mujeres y hombres en la UNAM, una radiografía*, PUEG-UNAM, 2012, disponible en [http://www.cieg.unam.mx/images/equidad/investigacion/2012\\_estu.pdf](http://www.cieg.unam.mx/images/equidad/investigacion/2012_estu.pdf), consultado [28/11/2017].

espacios de formación en género puede ayudar a sensibilizar al personal sobre las problemáticas que afectan a las mujeres en general.

Una medida concreta que se propone en relación con el objetivo general de esta investigación es; partir de la Teoría Feminista y del punto de vista feminista para que las profesionistas practiquen una revisión de su condición de género respecto a las mujeres que atienden, para analizar las situaciones que buscan transformar. Trabajo Social puede partir de este análisis para abordar medidas efectivas que beneficien a las usuarias; las profesionales podrían realizar una autovaloración de sus propias condiciones y percepciones, porque éstas pueden afectar las formas de abordar otras problemáticas.

En la atención de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con el tema de la ILE, Trabajo Social en las instituciones de salud requiere vislumbrar los diversos aspectos de la vida y sexualidad de mujeres y hombres, desde una mirada crítica como la que ofrece la perspectiva de género. Situar como eje la actividad profesional de las trabajadoras sociales como operadoras del Servicio ILE es una forma de reconocer y valorar las condiciones en que se desarrolla.

Sobre el objetivo: Identificar las actividades que contribuyen al desarrollo del Servicio ILE, se puede concluir que las actividades que realiza trabajo social superan lo que solicita el *Manual para la Interrupción Legal del Embarazo en las Unidades Médicas*; si bien las profesionales realizan actividades administrativas, en la cotidianidad adquieren un sentido que resalta la importancia de la participación de Trabajo Social, sin este perfil el Servicio ILE no podría funcionar, puesto que dentro de las instituciones de salud las trabajadoras sociales se encargan de organizar todo el servicio y facilitar los procedimientos a las usuarias, que van desde actividades como el llenado de formatos, hasta ofrecer contención en momentos de crisis. Si bien el equipo de trabajo que conforma el Servicio ILE se integra con otros perfiles como medicina y enfermería, no participan de forma activa en la atención de las usuarias, en comparación de trabajo social, sin embargo, no lo hace desde la perspectiva de género, herramienta que daría mayor proyección al programa y a las acciones de la disciplina.

Como parte de los resultados del objetivo antes mencionado, se profundizó sobre la consejería que ofrecen las trabajadoras sociales a las usuarias; se identificaron elementos de

importancia como; la forma en que sitúan a las usuarias del servicio, las percepciones que tienen sobre ellas, cómo las atienden y cuáles son las problemáticas e inquietudes que presentan las usuarias. Al no emplear la perspectiva de género como una herramienta de análisis, sus funciones se reducen a ofrecer atención asistencialista, que no analiza con profundidad las múltiples situaciones que presentan las mujeres, en consecuencia, no se identifica que son resultado de las desigualdades que mantienen en desventaja a esta población. Sobre sus narrativas es visible la necesidad de formación y capacitación profesional con perspectiva de género para abordar cada problemática integralmente; las trabajadoras sociales exponen juicios sobre las mujeres e incluso pueden llegar a ser violentas en la atención que ofrecen; esto es resultado de la carencia de formación con perspectiva de género, porque al no tener herramientas metodológicas que les ayuden analizar las situaciones desde una óptica diferente, reproducen actitudes de violencia sin darse cuenta.

Las trabajadoras sociales no logran releer que situaciones como la reincidencia en el servicio por parte de las usuarias, la negativa que tienen de usar un método anticonceptivo, así como la dificultad para romper con círculos de violencia física y sexual, se debe a que naturalizan este tipo de situaciones a lo largo de su vida; las profesionales solo vislumbran que las mujeres no tienen apertura al cambio y no quieren modificar sus actitudes, piensan que las situaciones que afectan a las usuarias son casualidades; por ello se necesita desplegar un marco de análisis integral que deconstruya las construcciones patriarcales que afectan las decisiones y situaciones que sufren las usuarias, para que las profesionales visualicen que son formas de poder y control sobre las mujeres.

Cuando no se comprende que estas circunstancias son producto de una estructura patriarcal que deja en desventaja a las mujeres y las construye como personas dependientes de los *otros*; las trabajadoras sociales valoran su práctica profesional como inefectiva y de poco impacto, tienen dificultades para concientizar sobre la reincidencia en el servicio y el uso de métodos anticonceptivos, lo que puede causar frustración de su parte e incluso culpa, porque solo valoran las situaciones de acuerdo a lo inmediato, no examinan las problemáticas desde un marco de análisis estructural, y no logran proponer acciones concretas que sean significativas para la vida de las mujeres.

Sin embargo, las trabajadoras sociales alcanzan a visualizar que las mujeres que acuden al Servicio ILE, tienen una historia detrás que guarda múltiples situaciones que concluyen con la interrupción de un embarazo, para esos casos, echan mano de su experiencia para atender a las usuarias a través de los medios y recursos que tienen a su alcance, a pesar de no contar con una metodología que incorpore la perspectiva de género. Las actividades de las trabajadoras sociales pueden desprender otros procesos de atención y seguimiento, porque la formación profesional ofrece elementos para mirar la complejidad del problema, aunque no desde un enfoque de género que les ayude a nutrir su intervención; por ello muchas de sus actividades y resoluciones están envueltas en prejuicios.

Con relación al objetivo de analizar las experiencias prácticas de las trabajadoras sociales en el Servicio ILE, se obtuvieron elementos importantes como: la percepción del servicio dentro de las instituciones de salud; las profesionales narran que es un servicio estigmatizado, donde son víctimas de discriminación y violencia a través de comentarios que muestran la culpa y miedo del personal de salud. El aborto y la interrupción legal del embarazo socialmente son temas ubicados como “delicados” y con estigma social, y sólo dejarán de serlo, en la medida se sitúen como un tema de derechos humanos, sexuales, reproductivos, derecho a la vida de las mujeres y el derecho que tienen las mujeres a elegir sobre su cuerpo.

Bajo estas condiciones se evidencia la importancia de ofrecer capacitación constante sobre la perspectiva de género a las trabajadoras sociales, para que vislumbren que los juicios y críticas hacia su trabajo son producto de la negación impuesta a las mujeres para decidir sobre su cuerpo, proyecto de vida y maternidad elegida. Por otro lado, sería importante brindar capacitación y sensibilización al personal de las diferentes instituciones de salud donde se ofrece el Servicio ILE para reducir el estigma que existe hacia este espacio, y mostrar cómo las construcciones socioculturales en torno al cuerpo, maternidad y el aborto, como se expuso en el capítulo dos de esta investigación, se presentan en la vida cotidiana de diversos profesionales y afectan los servicios y la atención que se ofrece a las usuarias ante una situación como la interrupción del embarazo.

En contraste, y a pesar de que las trabajadoras sociales enfrentan discriminación y violencia por su trabajo dentro del Servicio ILE, todas coincidieron en sentirse satisfechas,

incluso mencionaron que es un servicio que ofrece un acercamiento con las mujeres de forma íntima para conocerlas y brindar una nueva oportunidad de vida.

Al entrevistar a las trabajadoras sociales se notó una diferencia en las respuestas obtenidas de acuerdo al grado profesional y tiempo de atención en el servicio; la profesional con siete años de experiencia en el Servicio ILE atiende las problemáticas con herramientas más elaboradas, es decir, ha desarrollado una metodología, que si bien no contempla la perspectiva de género, aborda con más claridad los derechos sexuales y reproductivos, identifica y analiza las situaciones de violencia con elementos concretos vinculados al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tiene una percepción diferente de las usuarias e identifica con más claridad los perfiles de las mujeres.

Por otro lado, las dos trabajadoras sociales que han estado en el servicio por periodos de rotación de seis meses, tratan de apegarse en lo posible al manual de procedimientos institucional, cubren con las actividades correspondientes y llevan una bitácora personal para supervisar su propia labor, identifican casos específicos de violencia, violación y reincidencia y buscan apoyo de otros profesionales dentro del hospital para atender en la medida de lo posible de forma integral a la usuaria, sus experiencias refieren a momentos significativos dentro del servicio como: felicitaciones recibidas, días de mucha afluencia de mujeres y experiencias de usuarias que sufren violencia.

Con base en la información obtenida se presentan algunas propuestas para la mejora del Servicio ILE, que surgen del análisis de las entrevistas realizadas.

## PROPUESTAS

### Indicador del Servicio ILE

De acuerdo con las experiencias de las trabajadoras sociales, el objetivo del servicio tendría que ser disminuir el número de usuarias, no como una prohibición de sus derechos, sino como un reflejo de la eficacia del uso de métodos anticonceptivos porque reduce el número de interrupciones, así como el espaciamiento, el impacto de la educación sexual que contribuye a decidir sobre el cuidado del cuerpo y su disfrute sin necesidad de tener un embarazo no planeado, así como hacer partícipe a la pareja en el uso de métodos anticonceptivos y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

A partir de esta investigación, se propone generar un indicador para medir el impacto del Servicio ILE; diferente de presentar como logro el aumento del número de usuarias atendidas, se mida en qué porcentaje el número usuarias aumenta, disminuye o se mantiene constante en el periodo de un año, para valorar el impacto del Servicio ILE y la responsabilidad del Estado para ofrecer educación para la sexualidad y reproducción, así como el acceso a métodos anticonceptivos.

Para lo cual se debe proponer un estadístico que refleje el promedio ideal de usuarias atendidas en el periodo de un año, es decir establecer un número se sirva de referente para valorar el incremento, constancia o descenso.

<p>Número de Usuaris atendidas en el Servicio ILE</p> <p>-----</p> <p>1 AÑO</p> <p>Constante</p> <p>Incremento</p> <p>Descenso</p> <p>Promedio= Establecer un número promedio como referencia, que se considere sobre los diez años de operación del Servicio ILE y el número de usuarias atendidas.</p>
--

Elaboración propia

Sobre el resultado obtenido se evalúe:

- A. Incremento significativo de usuarias del Servicio ILE: refleja la falta de educación para la sexualidad, reproducción y acceso a métodos anticonceptivos.
- B. Descenso de número de usuarias que acuden al Servicio ILE: Refleja la efectividad de educación para la sexualidad, reproducción y acceso a métodos anticonceptivos.
- C. Promedio constante del número de usuarias que acuden al Servicio ILE: Refleja la necesidad promover educación para la sexualidad, reproducción y acceso a métodos anticonceptivos, con la finalidad de buscar la disminución del número de interrupciones.

La interrupción del embarazo no se debe considerar un método de planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos en la población de edad fértil es la meta para alcanzar a través de la educación para la sexualidad y reproducción. Sobre este supuesto el indicador que se presenta puede mostrar inferencias sobre dos elementos importantes: la efectividad en la educación para la sexualidad y reproducción, y el uso de métodos anticonceptivos en la población como medidas para prevenir el embarazo no planeado y la interrupción de este.

## **Recomendaciones al Servicio ILE**

Sobre la experiencia de las trabajadoras sociales se proponen algunas mejoras al Servicio ILE

1. *Incorporar la Perspectiva de Género como una herramienta transversal en la metodología de trabajo*, para enriquecer la intervención y leer las problemáticas que afectan a las mujeres desde una postura más amplia, para ofrecer a las usuarias atención integral y herramientas que ayuden a resignificar el proceso de la ILE como un derecho sobre el cuerpo
2. *Promover el servicio gratuito para todas las mujeres*; el factor económico no debe ser una limitante para las mujeres con recursos económicos bajos y con más condiciones de desigualdad.
3. *Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que cuenten con el Servicio ILE en todas las Alcaldías de la Ciudad de México*, para el acceso a todas las mujeres en todos lugares.
4. *Campañas de información sobre el Servicio ILE*, para que todas las mujeres conozcan el servicio, los procedimientos de interrupción, requisitos y formas de operación.
5. *Procedimiento medicamentoso también para las mujeres no residentes de la Ciudad de México*, las trabajadoras sociales mencionaron que, a las mujeres no residentes de la Ciudad de México, no se otorga el procedimiento medicamentoso porque transgrede la

normativa de su lugar de residencia, sin embargo, es menos invasivo para el cuerpo de las mujeres.

6. *Servicio de revisión médica para detectar enfermedades de transmisión sexual del Servicio ILE*; es un espacio donde se detectan múltiples enfermedades, incluir una revisión médica ayuda al cuidado del cuerpo de las mujeres, referencia y atención oportuna de enfermedades.
7. *SEPAVIGE, Servicio para la Atención de la Violencia de Género en todas las Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que cuenten con el Servicio ILE*; es de gran apoyo para las trabajadoras sociales en la atención de casos de violencia, pero solo se otorga solo en cinco delegaciones de la Ciudad de México: Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tláhuac.
8. *Prohibir que grupos provida se encuentren en los alrededores de las instituciones médicas*; porque influyen en la decisión de las mujeres, desinforman del procedimiento y promueven la culpa y miedo.
9. *Ampliar el horario de atención para las usuarias*, la apertura del servicio inicia antes de las 7:00 am, sin embargo, no en todas las entidades de la Ciudad de México hay Clínicas de Salud Sexual y Reproductiva que cuenten con el Servicio ILE, lo que dificulta podría ser complicado llegar a tempranas horas del día.
10. *Hacer visible el Servicio ILE dentro de las instituciones de salud*; en las dos visitas que realice es muy difícil encontrar el servicio, en las instituciones de salud no hay señalamientos que guíen para llegar al servicio.

## **Recomendaciones para Trabajo Social en rotación en el Servicio ILE**

Sobre el análisis realizado de las experiencias de las trabajadoras sociales, se propone:

1. *Capacitación al personal de trabajo social sobre perspectiva de género*; para atender bajo un enfoque integral las distintas situaciones que presentan las usuarias, intervenir y atender integralmente, así como evitar el juicio moral en la práctica profesional.
2. *Capacitación mensual sobre diferentes temas desde la perspectiva de género, como:*
  - A. Derechos humanos
  - B. Tipos de violencia
  - C. Maternidad elegida
  - D. Ética profesional
  - E. Metodología con perspectiva de género
3. *Contar con dos trabajadoras sociales en el Servicio ILE; una para el procedimiento administrativo que rote cada año; otra profesional exclusiva para ofrecer las consejerías y atender casos con problemáticas concretas como: violencia, ILE en menores de edad, usuarias reincidentes y detección de ETS.*

4. *Evaluación y retroalimentación a las trabajadoras sociales;* donde las usuarias puedan verter sus opiniones y con base en ello mejorar el servicio.

Las recomendaciones mencionadas son propuestas que se exponen para enriquecer el Servicio ILE y surgen de las experiencias de las trabajadoras sociales, porque es importante considerar a quien está al frente del Servicio para ofrecer alternativas de mejora. Identificar la participación de Trabajo Social dentro de procesos como la ILE, da pie a reflexionar el papel que tiene ante las usuarias, repensar su labor con base en las problemáticas que las profesionales enfrentan cotidianamente, escuchar sus experiencias y retomarlas para generar propuestas, es una forma de situar la intervención como un mecanismo que ofrece elementos para enriquecer la práctica profesional.

El Trabajo Social como disciplina necesita integrar la perspectiva de género para entender que mujeres y hombres se han conformado sobre estructuras impuestas que llevan al ejercicio del poder desigual, trasladando esto en problemas y dificultades para cada sexo, causando que la intervención y análisis de la situación se complejice. Cuando se añade el género como un elemento de análisis para una problemática, existen mayores posibilidades de atenderla de forma integral y comprender la situación holísticamente, con base en ello generar medidas resolutivas que no reproduzcan las desigualdades. La profesión tiene la oportunidad de fortalecer en las mujeres procesos de autonomía, capacidad de agencia, libertad en sus decisiones y proyecto de vida para solicitar atención con calidad en los servicios de salud; en este sentido si desde Trabajo Social se realiza trabajo con mujeres, necesariamente se desarrolla trabajo feminista porque involucra potencializar a sujetas en desventaja para superar sus dificultades de forma autónoma.

La apuesta de la profesión es girar en torno a reinterpretar la intervención con base en la teoría, y pasar del sentido común al conocimiento con bases científicas, para evitar juicios morales que parten de experiencias personales, y muchas veces llevan a la violación de los derechos humanos, para encaminar procesos con libertad y autonomía. Trabajo Social necesita nutrirse de la retroalimentación y autoevaluación de sus funciones, la perspectiva de género como herramienta para enriquecer el perfil dará la oportunidad de proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y analizar estas problemáticas desde el género con una mirada incluyente e igualitaria sobre la base de los derechos humanos y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

Al margen de las propuestas presentadas, algunas líneas de investigación que pueden desprenderse del presente trabajo podrían vincularse al estudio de las experiencias de las usuarias y al equipo de trabajo que integra el Servicio ILE, analizar el papel de las instituciones de salud en la atención de la salud sexual y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, la toma de decisiones para interrumpir un embarazo de forma legal al margen de las diversas trayectorias de vida de las mujeres, el papel de la pareja en el fenómeno del aborto, sin dejar de lado el análisis de la política pública que debe proteger los derechos humanos de las mujeres.

Desarrollar el presente tema de investigación me presentó algunas dificultades que van desde la delimitación del tema por mi interés en querer conocerlo todo, conseguir el acceso a las instituciones de salud, así como la búsqueda de contactos para facilitar las entrevistas, el proceso para llegar al lugar, buscar las rutas de acceso y encontrar el servicio dentro de los hospitales. Sin duda escuchar de voz propia las experiencias de las trabajadoras sociales me dejó sorprendida con respuestas que no esperaba e incluso elementos que no contemplaba dentro de la investigación. Como experiencia personal esta investigación me ayudó a comprender dos situaciones, las que tienen las trabajadoras sociales como profesionales, de las que ahora soy parte; y las que vivencian las mujeres en edad reproductiva, con quienes me identifiqué por mi condición de sexo y género.

Que el presente trabajo sirva de apoyo para que las mujeres accedan al Servicio ILE y busquen el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

## Bibliografía

- ALDA Facio, 1999, “Metodología para el análisis de género del fenómeno legal”, en Alda Facio y Lorena Frías (Editoras), *Género y Derecho*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.
- ALVA, María, (2014) *Memoria y escritura del cuerpo: un estudio sobre sexualidad, maternidad y dolor*, Bonilla Artigas Editores, México.
- ASTELARRA, Judith, coord., (2007), *Género y Cohesión Social*, Fundación Carolina, Documento de Trabajo No. 16, Madrid.
- BARBIERI, Teresita de (1992), Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica, pp. 147-178, *Revista Interamericana de Sociología*, VI (2-3).
- BEAUVOIR, Simone. (2015). J. G. Puente, Trad. *El segundo sexo*. México: Debolsillo Contemporánea.
- BLÁZQUEZ Graf Norma, F. P. (2012). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología.
- BRINGAS, Á. S. (2003). *Mujer, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*. México: UAM-PUEG.
- BUTLER, Judith (2001). *El género en disputa, el feminismo y la subversión de la identidad*. México: UNAM-PUEG.
- CANEVARI, Bledel, Cecilia (2012) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, Barco Edita, Argentina.
- CARBALLEDA Juan Manuel (2010) “La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales” *Revista de Trabajo Social UNAM*, Época VI, No. 1.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen (2004). *Perspectiva de género*, Serie Género y Trabajo Social, N.1. México: UNAM- Plaza y Valdés.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen (2006). *Género y Trabajo Social*, Centro de Estudios de la Mujer (Vol. Número 3). México: ENTS-UNAM.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen, (2015) “Los estudios de género en la Escuela Nacional de Trabajo Social: El Centro de Estudios de la Mujer” en Chávez Carapia, Julia del Carmen (coord.), *Perspectiva de Género una mirada de universitarias*, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México.
- CHÁVEZ Carapia, Julia del Carmen (2017) *Género y Trabajo Social*, Centro de Estudios de la Mujer, UNAM-ENTS, México.
- CHODOROW Nanchy, (1984) *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Gedisa, España.
- COLLADO, Susana (2014), “Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica” en Ángeles Sánchez Bringas (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención*

*obstétrica y morbilidad materna en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Itaca, México.

FIGUEROA, Lara Alejandro, Belkis, Aracena Genao, Hortensia Reyes-Morales, Héctor Lamadrid-Figueroa, (2012) “Factores asociados con la búsqueda del servicio de ILE en la Ciudad de México 2010”, *Salud pública de México*, vol. 54, no. 4, julio-agosto de 2012.

FLORES, Pérez Edith, Ana Amuchástegui Herrera (2012) “ILE: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Ciudad de México”, *Género y Salud en Cifras*, Vol.10, N. 1, México.

FOUCAULT, Michel (2016) *Vigilar y castigar, nacimiento de una prisión*, 2 ed. Siglo XXI, México.

FOUCAULT, Michel (1977) *Historia de la Sexualidad, la voluntad de ser*, Siglo XXI, México.

GRUSKIN, Sofia, edit. (2001), *Derecho sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán, Perú.

HIERRO, Graciela (2014) *Ética y feminismo*, UNAM, México.

KNIBIEHLER, Yvonne, (2000) *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Claves Dominios, Argentina.

KRMPOTIC, Claudia S., Alejandra Giménez y Lía De Ieso (2011) “Preguntas que incomodan y narraciones que inspiran. Sobre vacíos e intersticios en la intervención desde los Servicios Sociales”, en *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*. Buenos Aires.

LAGARDE y de los Ríos, Marcela (2014) *Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Siglo XXI-UNAM, México.

LAMAS, Marta comp., (2015) *El género. La construcción de la diferencia sexual*, 2 ed., UNAM-Bonilla Artigas Editores.

LAMAS, Marta, (2007) “Algunas reflexiones relativas al derecho a decidir sobre el propio cuerpo”, en Astelarra Judith, coord., *Género y Cohesión Social*, Fundación Carolina, Documento de Trabajo No. 16, Madrid.

LAMAS, Marta, (2015), *El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos*, UNAM-PUEG, México.

LAMAS, Marta (2016), Género. En Hortensia Moreno y Eva Alcántara (Coord.). *Conceptos clave en los estudios de género*, PUEG-UNAM, México.

LAMAS, Marta, 2017, *La ILE. El caso de la Ciudad de México*, UNAM- CIEG, Fondo de Cultura Económica, México.

LAMAS, Marta. (2014) “Entre el estigma y la ley. La ILE en el DF”. *Salud Pública*. México.

LAMAS, Marta (2001) *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, Plaza Janés, México.

LERNER, Susana, Agnés Guillaume, Lucía Melgar (2016) *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*, El Colegio de México, México.

MÁRQUEZ, Alicia (2010) “Aborto y derechos reproductivos: leyes y debates públicos” en Ana María Tepichin, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez (coords) *VIII Relaciones de género*, El Colegio de México, México.

MILLET, Kate (1970) *Política sexual*, Madrid, Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer, España.

PARRINI Roses, Rodrigo, coord. (2012) *Los archivos del cuerpo ¿cómo estudiar el cuerpo?*, Colección seminarios, PUEG-UNAM, México.

PORTOLÉS, Asunción Olivia (2007) “Teoría de las mujeres como clase social” en Amorós Celia. *Teoría feminista: de la ilustración a la Globalización. Tomo II Del feminismo Liberal a la Posmodernidad*, Minerva Ediciones. Madrid, España.

RICO Blanca, Feinholz Dafna y Aurora del Río (2003) “Salud reproductiva y políticas públicas: Avances y asignaturas pendientes” en Mario Bronfman y Catalina Denman (eds.) *Salud Reproductiva. Temas y debates*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

RIUS, L. F. (2012). “Género y ciencia: entre la tradición y transgresión”, en *Investigación Feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias: Facultad de Psicología, México.

SCOTT, Joan (1992), “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en: Ramos Escandón, Carmen (comp), *Género e historia*, México, Instituto Mora – Universidad Autónoma Metropolitana, México.

WILDUNG, Harrison Beverly, (2006), *Nuestro derecho a decidir, Hacia una nueva ética del aborto*, Católicas por el Derecho a Decidir, México.

## **Bibliografía Electrónica**

“Carta en pro de los derechos sexuales y reproductivos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891997000200016>

ÁLVAREZ, de Miguel, Ana, “El Movimiento Feminista y la Construcción de Marcos de Interpretación, El caso de la violencia contra las mujeres”, *Revista Internacional de Sociología (RIS) Tercera Época*, N° 35, Mayo-Agosto, 2003, pp. 127-150. Disponible en:

<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/303/310>. Consultado [24/03/2018].

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura, *Código Penal para el Distrito Federal*, Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de junio de 2016, Disponible en <http://www.cdmx.gob.mx/gobierno/marco-juridico/cdmx>, Consultado [13/08/2018].

ASPILCUETA-Gho Daniel, (2013) “Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja”, *RevPeruMedExp Salud Publica*; 30(3): 480-6, disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a18v30n3.pdf>.

ÁVILA, Yanina; (2004). Las mujeres frente a los espejos de la maternidad *.Revista de Estudios de Género. La ventana*, 55-100. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/884/88402004/>. Consultado el 18/07/2017.

BEJARANO Celaya, Margarita; Acedo Ung, Ley la Guadalupe; (2014). Cuerpo y violencia: regulación del aborto como dispositivo de control a las mujeres. *Región y Sociedad*, [Fecha de consulta 13/07/2017] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10230108010>.

CALDERÓN, J. G. (1995). Charla pronunciada en la cena conmemorando el XVI aniversario de la Revista Acta Médica Dominicana. República Dominicana. Recuperado el 9 de Abril de 2017, de <https://www.bvs.org.do/revistas/amd/1995/17/01/amd-1995-17-01-030-033.pdf>.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Código Penal Federal*, Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios, Últimas Reformas DOF 21-06-2018, Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9\\_210618.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_210618.pdf). Consultado [07/08/2018]

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, UNFPA, (s/a) *Reducir la desigualdad: Garantizar el acceso universal a la planificación familiar como componente clave de la salud sexual y reproductiva*. Disponible en [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa\\_fp\\_recommended\\_sp.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_fp_recommended_sp.pdf), Consultado [06/08/2018].

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995. (s.f.). Recuperado el 9 de Abril de 2017, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.

Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 25 de abril de 2018, Disponible en [http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal\\_old/uploads/gacetas/fe07c7dcc26cb21d214b463a9497203f.pdf](http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/fe07c7dcc26cb21d214b463a9497203f.pdf), Consultado [13/08/2018].

GAMBOA Montejano Claudia, A. d. (2014). Regulación del Aborto en México, Derecho Comparado de los 31 estados y del Distrito, Federal, así como de diversos países en el mundo y estadísticas del INEGI en el tema (Segunda Parte). México: Cámara de Diputados, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Recuperado el 13 de abril de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-33-14.pdf>-

GIRE (2016), "ILE en CDMX: Autonomía reproductiva para todas las mujeres". *El Universal*, Colectivo, 20/04/2016, Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/blogs/colectivo-gire/2016/04/20/ile-en-cdmx-autonomia-reproductiva-para-todas-las-mujeres>.

GIRE. (2015). Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida. Recuperado el 10 de Abril de 2017, de <http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>.

INFAZÓN Martha, La mujer y los efectos psicológicos y sociales del aborto, disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/404/21.pdf>.

IPAS. Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción. Carolina del Norte, 2009, disponible en [www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/ABOMENS09.ashx](http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/ABOMENS09.ashx).

Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal (2006), Diponible en <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r13911.htm> Consultado [05/11/2017]

Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional, disponible: <http://femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>. Consultado [05/11/2017]

MICIELI, Cristina, “El cuerpo como construcción cultural” (2007) *Aisthesis* Pontificia Universidad Católica de Chile [Fecha de consulta: 25 de junio de 2017] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163219818005>> ISSN 0568-3939

ONU (s/a) *Resolución de las Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1999*. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N99/773/50/PDF/N9977350.pdf?OpenElement>, Consultado [1/10/2017]

ONU, 2014, *Los derechos de la mujer son derechos humanos*, Nueva York y Ginebra. p. 136.

PNUD México, (s/a) *Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Buena salud*, Disponible en <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>. Consultado [06/08/2018]

RUBIO, Aureoles, Eusebio (1994) *Introducción al estudio de la sexualidad humana*, CONAPO-PORRÚA, México, p. 32. Disponible en [http://www.cieg.unam.mx/lecturas\\_formacion/identidad\\_imaginaria/Tema\\_III/Eusebio\\_Rubio\\_Antologia\\_Sex\\_Humana\\_Intr.PDF](http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/identidad_imaginaria/Tema_III/Eusebio_Rubio_Antologia_Sex_Humana_Intr.PDF), consultado [05/02/2018].

SALETTI Cuesta, Lorena (2008) *Propuestas Teóricas feministas en relación al concepto de Maternidad*, Universidad de Granada, pp. 169-183, Disponible en [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti\\_Cuesta\\_articulo\\_revista\\_clepsydra.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf). Consultado [19/07/2017].

SÁNCHEZ Olvera. Juana Alma Rosa, (2002) Tesis de para obtener el grado de Doctorado en Sociología, *La creación feminista de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la ciudadanía de las mujeres en México*, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, p. 461.

SÁNCHEZ, Bringas, Á. (2013) *Género, cuerpo y reproducción: Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas* [en línea]. III Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género, 25, 26 y 27 de septiembre de 2013, La Plata, Argentina. Desde Cecilia Grierson hasta los debates actuales. En Memoria Académica. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.3391/ev.3391.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3391/ev.3391.pdf).

Secretaría de Salud, (2008) Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Manual de procedimientos para la ILE en las unidades médicas*, Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>, Consultado [05/02/2018]

Secretaría de Salud, ILE (ILE) en la Ciudad de México, <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/>, consultado [05/02/2018]

Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-21469>, Consultado [05/11/2017]

TAMÉS, Regina, (2018), “Ángel de la Ciudad, GIRE”, *Animal Político*, enero 17 de 2018, Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-punto-gire/2018/01/17/angel-ciudad/>, Consultado [22/01/2018]

TUBERT Silvia (2010) Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres, *Quaderns de Psicologia*, Vol. 12, No 2, 161-174, Universidad Complutense, Disponible en <http://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2014/03/Los-ideales-culturales-de-la-feminidad-y-sus-efectos-sobre-el-cuerpo-de-las-mujeres.pdf>. Consultado en 21/07/2017.

# ANEXOS

## ANEXO 1 Guía de entrevista



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Maestría en Trabajo Social

Instrumento de investigación dirigido al personal de Trabajo Social del servicio ILE

Guía de entrevista a profundidad



Edad:	Nombre:
Tiempo de servicio:	Institución de formación académica:
Título profesional:	Cargo institucional:

### FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

1. En el momento en que llega una mujer en busca del servicio ¿Cuál es la función del personal de Trabajo Social?
2. ¿Sus funciones en el servicio de la Interrupción Legal del Embarazo se especifican en algún documento normativo?
3. ¿Qué formatos utilizan en la atención con las usuarias?
4. ¿Realizas algún tipo de referencia o canalización con otros profesionales?

### ATENCIÓN A LAS USUARIAS

1. ¿Proporciona información sobre el tratamiento médico que recibirá la usuaria?
2. ¿Toma en cuenta las necesidades de la usuaria para ofrecer información?
3. ¿Realizas algún acompañamiento dentro del proceso?
4. ¿Detectan los casos de reincidencia?
5. ¿En la práctica profesional identificas algún perfil de las usuarias?
6. ¿Qué preguntas frecuentes recibe de las usuarias?
7. En casos de violación ¿cuál es el procedimiento?

### CAPACITACIÓN

5. ¿Con qué periodicidad recibe capacitación?
6. ¿Qué institución ofrece la capacitación?
7. ¿Qué temas recibe en la capacitación?
8. ¿Utilizan alguna metodología desde el género?

### PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA EN EL SERVICIO ILE

7. ¿Qué mejoraría del servicio?
8. ¿Qué opina del programa ILE y el aborto?
9. ¿Considera que el programa cubre sus objetivos?
10. ¿Cómo se visualiza el servicio dentro de la institución?
11. ¿Qué función crees que tiene trabajo social en el servicio de la ILE?

## Anexo 2 Carta de autorización para entrevistas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE  
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

OFICIO ENTS/CPMITS/207/2018

Asunto: Solicitud apoyo para trabajo  
de campo

DRA. MARÍA DEL ROSARIO ARRAZOLA FLORES  
DIRECTORA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC  
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

AT'N. DR. HUGO TAMAYO GALINDO  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

PRESENTE

Mediante el presente, respetuosamente hago de su conocimiento que la maestrante Wendy Mitzi Galicia Orihuela, con número de cuenta 308056282, inscrita en el Programa de Maestría en Trabajo Social de la UNAM, desarrolla el proyecto de investigación denominado: "*Trabajo Social en el servicio de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)*", mismo que es dirigido y tutorado por la Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia profesora titular e investigadora de la Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM, dicha investigación constituye una actividad fundamental de la alumna en la elaboración de su trabajo de tesis para la obtención del grado de maestría en este posgrado.

Por tal razón, para el desarrollo del trabajo de campo que requiere dicha investigación, atentamente solicito a usted apoyo y facilidades que posibiliten a la alumna realizar entrevistas al personal del área de Trabajo Social de la institución a su cargo.

No omito mencionar que los datos aportados por quienes sean entrevistados, son confidenciales y la información derivada sólo será utilizada para fines de la investigación académica referida.

Agradezco anticipadamente las facilidades que se le pueda brindar y sin otro particular, me es grato enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"  
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 29 de mayo de 2018.

EL COORDINADOR

MTRO. FRANCISCO CALZADA LEMUS

C.c.p. Expediente



Unidad de Posgrado, Edificio E, 1° piso, Circuito de Posgrados, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México  
Teléfono 5623 0222 ext. 37026, 80104, 80103