



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Campo de Ciencias Sociomédicas
Campo de conocimiento Antropología en Salud

**Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención de un grupo de mujeres
atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo
del Centro de Salud Marta Lamas del Distrito Federal**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
Doctora en Ciencias

PRESENTA:

Mtra. Liliana Estela Rubí Sánchez

Tutora

Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Comité tutorial

Dra. Oliva López Sánchez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Dra. Elia Nora Arganis
Facultad de Medicina

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2022



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.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1	15
La interrupción legal del embarazo. De la muerte por abortos clandestinos en América Latina a la despenalización en la Ciudad de México	15
CAPÍTULO 2	32
Del planteamiento del Problema a la Estrategia Metodológica.....	32
CAPÍTULO 3	63
El enfoque biocultural aplicado a la interrupción legal del embarazo, una mirada desde la antropología en salud	63
CAPITULO 4	83
Cuerpo, género y desigualdad en el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo.....	83
CAPÍTULO 5	96
Entre el derecho, la legitimidad, la praxis médica y la experiencia de las usuarias	96
CAPÍTULO 6	1366
Trayectorias de atención e itinerarios terapêuticos de la ILE	136
Capítulo 7	17979
La implementación del protocolo de ILE: Entre la vigilancia de la sexualidad femenina y el derecho a decidir de las usuarias	17979
Capítulo 8	1977
Análisis biocultural de la ILE.....	1977
REFLEXIONES FINALES.....	2188
REFERENCIAS.....	2277
ANEXOS	2366

ÍNDICE DE FIGURAS, CUADROS, GRÁFICAS, Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1. Componentes bioculturales de la ILE	76
Figura 2. Componentes bioculturales de la Interrupción Legal del Embarazo	78
Figura 3. Localización del Centro de Salud TIII México España	98
Figura 4. Vista exterior del Centro de Salud	99
Figura 5. Plano de la planta baja de Centro de Salud	100
Figura 6. Plano de la planta alta del Centro de Salud	100
Figura 7. Espacios y actividades dentro del proceso de interrupción	106
Figura 8. Flujograma de atención en el programa de ILE	109
Figura 9. Personal de salud encargado del programa de ILE	131
Figura 10. Sala de espera de la clínica de ILE	117

CUADROS

Cuadro 1. Fases del diseño de investigación	55
Cuadro 2. Mujeres que reciben el servicio	58
Cuadro 3. Prestadores de servicios ILE entrevistados	59
Cuadro 4: Elementos relacionados con los componentes del embarazo no deseado y resuelto vía interrupción voluntaria del embarazo	77
Cuadro 5. Requisitos para acceder al servicio de ILE	113

GRÁFICAS

Gráfica 1. Muestra el número de casos atendidos anualmente del 2012 al 2016 en el CSTII México España	115
Gráfica 2. Mujeres atendidas por el servicio de ILE en el CSTIII México España durante 2016	117
Gráfica 3. Estado Civil de las Mujeres atendidas en el Servicio de ILE en el CSTIII México España	118
Gráfica 4. Muestra las ocupaciones reportadas por las usuarias del servicio de ILE en 2016	119
Gráfica 5. Procedencia de las usuarias de ILE en 2016	121
Gráfica 6. Se representa la cantidad de hijos que las mujeres atendidas por ILE mencionaron tener al momento de solicitar el servicio	122
Gráfica 7. Concentración de datos por procedimiento para la ILE, 2016	124
Gráfica 8. Frecuencias de las semanas de gestación en las mujeres atendidas en el servicio de ILE en el CSTIII México España en 2016	125
Gráfica 9. Estado civil de las mujeres	126
Gráfica 10. Detalla la adscripción religiosa de las usuarias	127
Gráfica 11. Distribución de la elección de métodos anticonceptivos post ILE	128

Gráfica 12. Inicio de la vida sexual activa	129
Gráfica 13. Semanas de gestación al momento de la ILE	130
Gráfica 14. Cambios anticonceptivos en las participantes	139
TABLAS	
Tabla 1. El camino hacia la salud sexual y reproductiva	19
Tabla 2. Muestra el total de procedimientos realizados por año en el CSTIII México España	116
Tabla 3. Se muestran las frecuencias por rangos de edad entre los 4229 casos atendidos durante 2016	117
Tabla 4. Se desglosan los niveles educativos reportados por las mujeres atendidas en el servicio de ILE del CSTIII México España en 2016	119
Tabla 5. Muestra las principales religiones practicadas por las mujeres atendidas en el servicio de ILE en el año de 2016, el orden es jerárquico descendente	120
Tabla 6. Métodos anticonceptivos empleados por las mujeres antes y después de la ILE	123
Tabla 7. Tipologías de las participantes	140

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es fruto de grandes esfuerzos personales y colectivos, de sueños e intereses particulares que necesitaron el apoyo de personas e instituciones para lograr concretarse en el presente escrito. A continuación, se mencionan quienes han aportado con su granito de arena para que el presente trabajo de investigación se pudiera realizar.

En primer lugar, un agradecimiento especial a las mujeres que optaron por participar en la investigación y que contribuyen con su testimonio para poder reflexionar acerca de los servicios de ILE. También, a quienes de manera no testimonial participaron, es decir, aquellas usuarias que estuvieron en la fase de observación y/o que nutren los datos de la clínica. A todas las mujeres que *ponen el cuerpo* cada día en las clínicas de ILE.

También, un reconocimiento especial al personal de salud que atiende el programa de ILE en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en el Centro de Salud TIII México España; que eligió voluntariamente aportar su testimonio sobre su ejercicio profesional siendo parte del servicio. Su testimonio ha sido fundamental para las reflexiones que emergen desde la etnografía hospitalaria y la antropología en salud.

A la UNAM, la máxima casa de estudios por recibirme nuevamente para poder cerrar este ciclo formativo. Ha sido un gran honor el poder ingresar al Programa de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud en mi alma mater, así como recibir los apoyos necesarios para mi formación profesional y crecimiento personal.

Al CONACYT por el apoyo económico recibido para poder llevar a cabo la investigación, gracias a ello, es posible que podamos culminar investigaciones relevantes para el desarrollo nuestro país.

A mi tutora principal, la Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez por apoyar la investigación desde un principio, por todas sus observaciones que me han acercado a nuevas formas de mirar el tema de investigación y su abordaje. Agradezco enormemente el acompañamiento a lo largo del proceso, su tenacidad y entusiasmo son parte de este trabajo.

A mi comité tutorial, la Dra. Elianora Arganis Juárez y la Dra. Oliva López Sánchez, quienes siempre se mostraron interesadas en la investigación y sus aportes en cada uno de los coloquios me llevaron a mirar nuevamente aquello que de repente se me perdía o soltaba.

A los sinodales, que aceptaron participar en la lectura del manuscrito y que han enviado comentarios importantes que han nutrido el trabajo elaborado.

Una mención especial a la Dra. Dolors Comas D'Agreir, por recibirme en la estancia doctoral en la URV, gracias a ello, pude conocer la forma en que se trabaja la antropología médica en Cataluña, así como el acceso a los seminarios y sus comentarios que me hicieron enriquecer el análisis de los datos.

A la Lic. Marta Pérez (qepd), quien me abrió el espacio y fue un parteaguas para lograr el acceso a la clínica, haciendo posible el trabajo de campo, definitivamente sin ella, esta investigación no hubiera sido posible.

A mis amigos, familia y todos quienes me han acompañado para llevar a término el presente trabajo. Su apoyo, inspiración y motivación, me ayudaron a no rendirme. Gracias a Vaquita por aguantar las noches de desvelo y ser parte de esta historia.

Sin más, deseo que este trabajo sea una antesala a la mejora de los servicios de ILE así como la mejora integral de los servicios de salud para las mujeres, el acceso universal y la gratuidad en todo el territorio mexicano.

RESUMEN

La despenalización del aborto fue aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal el 24 de abril de 2007 y el 04 mayo del mismo año en la Gaceta Oficial del Distrito Federal se signan los lineamientos bajo los cuales tendrán que ser operados los Centros de Salud a los que se turne: se establece que la ILE podrá llevarse a cabo antes de la doceava semana de gestación, así como las medidas de salud que se tomarán en cuenta y el equipo de personal que intervendrá en el proceso: médicos, trabajadoras sociales y enfermeras. Con el protocolo médico derivado de los cambios legislativos en materia de Salud Sexual y Reproductiva, lo que nos compete desde la esfera sociomédica es relacionar los factores macro, meso y micro estructurales que enmarcan las trayectorias de atención de dichas mujeres, donde el impacto corporal se cruza con la atención recibida en el recinto médico. Aunado a ello, la importancia de la percepción del servicio por parte de quienes ejecutan la política pública cobra una gran relevancia.

La presente investigación tuvo por eje principal conocer y analizar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de 13 mujeres que fueron atendidas por el servicio de interrupción legal del embarazo de la clínica de salud sexual y reproductiva *Marta Lamas* del Centro de Salud TIII México-España. A la par que se explora la percepción sobre el servicio y las usuarias de 10 prestadores de servicio (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos). Desde la Antropología de la Salud y a través de un enfoque biocultural, se empleó una metodología mixta -cuantitativa- para el análisis de los principales componentes y codeterminantes que impactan el derecho a decidir, el acceso a la salud reproductiva, y las relaciones de género.

Los resultados reconocen la creciente demanda que existe del servicio, se reconoce el esfuerzo por parte de la Secretaría de Salud para instalarlo y proveerlo en el primer nivel de atención. Las mujeres manifiestan conformidad con el servicio, más importante reconocen que ejercieron un derecho. Se puede concluir que la interacción entre los prestadores del servicio y las mujeres genera un sentido en dos vías acerca de la ILE, donde las mujeres al ser atendidas se van quitando de la culpa mientras que los prestadores del servicio se van sensibilizando en la atención al embarazo no deseado a través de la ILE. El análisis biocultural permitió tejer elementos macro-meso-micro, resaltando la relación meso-micro, donde el cuerpo de la mujer es el punto de encuentro de los discursos actuales de la ILE en la Ciudad de México.

Palabras Clave: Interrupción Legal del Embarazo, Trayectorias de Atención, Itinerarios Terapéuticos, Salud Sexual y Reproductiva.

INTRODUCCIÓN

A casi quince años de haberse desarrollado una política de ILE hasta la doceava semana de gestación para la CDMX, es innegable el impacto en la vida política del país y su relación con el sistema de salud, donde se privilegiaron los derechos sexuales y reproductivos para bajar los índices de mortalidad materna a causa de abortos mal practicados, lo que muchas veces terminaba en hemorragias que producían la muerte de las mujeres que abortaban.

La práctica del aborto o de la interrupción de la gestación supondría de manera innegable la vivencia de un embarazo no deseado por la mujer gestante y que busca resolverlo vía interrupción. En México, se estima que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento (Mendoza-Victorino, 2011 en Campero, et. al. 2013). El embarazo no deseado es aquél que “ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse” (Langer, 2002:191).

Ante un embarazo no deseado las mujeres tienen dos caminos: llevar el proceso gestacional a término o interrumpir voluntariamente el mismo. El aborto inducido en contextos clandestinos ha llevado a complicaciones que pueden terminar en muerte materna, sin embargo, en la Ciudad de México existe la opción de interrumpir voluntariamente la gestación, a libre demanda de la mujer hasta las 12 semanas de gestación.

La despenalización del aborto en el Distrito Federal enmarca la relación de las mujeres con la estructura social en la que viven, específicamente en la Ciudad de México, por tanto, es factible de estudiarse desde la antropología en salud para conocer los sentidos que se generan en las relaciones que se plantean desde el protocolo entre los médicos, las enfermeras, las trabajadoras y las propias usuarias. Resultado de la ejecución del programa es el deambular de las mujeres por los diferentes servicios hasta ser atendidas, llegar por la madrugada, escuchar a los

grupos “pro-vida”, que rezan el rosario afuera de las clínicas, apoyarse o no de su pareja o familia, lidiar con los propios conflictos internos acerca de la interrupción, todo lo dicho traza la ruta de la mujer por las clínicas, marca su experiencia y al final construye las representaciones de su cuerpo, género y salud sexual y reproductiva. Este diálogo entre lo macro y lo micro tiene un impactado en la construcción de la trayectoria de atención y la representación del aborto.

Un programa como el planteado para la ILE debe ser observado detalladamente, evaluar su funcionalidad e importancia para la vida de las mujeres y las implicaciones que tiene el que actualmente exista sólo en la Ciudad de México, generando que las mujeres del interior de la República tengan que migrar para interrumpir sus embarazos o que en los Estados sigan operando en la clandestinidad y procesando a la mujer que lo realiza como una delincuente.

Del universo de mujeres que se han acercado a los servicios de ILE y han interrumpido su embarazo no se ha documentado algún tipo de complicación grave ni muerte por complicaciones del procedimiento. Se han hecho estudios que abordan las características sociodemográficas de las mujeres que acuden a los servicios, el proceso de duelo, la percepción del trato digno que tienen las usuarias de los servicios, encontrando áreas del conocimiento interesadas en el tema de la interrupción como Ginecología, Trabajo Social, Enfermería, Psicología y desde los estudios del cuerpo la Antropología Física, brindando aportes muy valiosos considerando la novedad del tema en nuestro país.

Dado el impacto del tema, la novedad del mismo y la relación que como política pública relaciona lo social con lo individual, se considera trascendente estudiar los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de las mujeres que buscan interrumpir su embarazo en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México desde la Antropología en Salud.

En términos de salud, la construcción de los espacios de atención a mujeres que quieren interrumpir su proceso gestacional, la forma en que operan los servicios de aborto seguro, así como el acercamiento y la interacción que las usuarias generan en este espacio permea la representación del cuerpo, género, embarazo, maternidad y aborto, tanto en las mujeres que acceden al aborto como en los profesionales que ejecutan el protocolo médico, por tanto se vuelve un problema de investigación sociomédica.

Es tarea de la Antropología en Salud dar cuenta de las experiencias de atención desde los sujetos que las vivencian, reflexionar sobre las relaciones que se establecen a través de la implementación de un dispositivo biomédico cargado de simbolismos culturales relacionados con la maternidad, denotando las representaciones del cuerpo, género y salud sexual y reproductiva, así como analizar las relaciones que se tejen frente al fenómeno.

De ahí nuestro interés por analizar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de 13 mujeres que fueron atendidas por el servicio de interrupción legal del embarazo de la clínica de salud sexual y reproductiva *Marta Lamas* del Centro de Salud TIII México-España. Como segundo objetivo, se exploró y analizó el significado de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el derecho a decidir y la operación de la ILE por parte de 10 prestadores de servicio, entre ellos: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos.

Se empleó una metodología mixta –cuantitativa-cualitativa- el análisis se llevó a cabo desde la Antropología en Salud, empleando el modelo Biocultural para el análisis de los datos, buscando la relación entre los cinco componentes de dicho modelo. También se involucraron los conceptos de cuerpo y género como ejes transversales de la investigación. Las preguntas de investigación que surgieron son las siguientes:

1. ¿Cómo son las trayectorias de atención a la ILE y las trayectorias de salud sexual y reproductiva en trece mujeres que accedieron a esta en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México?
2. ¿Cuáles son las representaciones del cuerpo, género y salud sexual y reproductiva que tienen un grupo de mujeres del Centro de Salud TIII México España después ser atendidas por el servicio de ILE?
3. ¿Cómo se modifica el ejercicio individual de la sexualidad y reproducción de las mujeres que se practicaron la ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México?
4. ¿Cuáles son las representaciones sobre la interrupción legal del embarazo, el derecho a decidir que tiene la mujer y los beneficios o no de la implementación del protocolo de ILE que tienen los ejecutores del programa en el Centro de Salud TIII México España: Médicos, trabajadoras sociales y enfermeras?

Se contestan a lo largo del capitulo de tesis desarrollado en los siguientes siete capítulos:

El *capítulo uno* “La interrupción legal del embarazo, de América Latina a la Despenalización del aborto en la Ciudad de México” propone relacionar el proceso de globalización con la construcción de sujeto y la emergencia de los derechos humanos que se vinculan con los derechos sexuales y reproductivos para poder ligar la salud integral de la mujer con la despenalización del aborto y el derecho a decidir. Se hace un breve recorrido histórico sobre la despenalización del aborto en América Latina para finalmente profundizar en la Interrupción Legal del Embarazo, con las normativas que la rigen.

El *capítulo dos* “Del planteamiento del Problema a la Estrategia Metodológica” para dar inicio a la forma en que se está definiendo el problema de investigación, en este punto se puede leer el estado de la cuestión del aborto hasta llegar a la ILE así

como las decisiones metodológicas que se fueron siguiendo para la elaboración preliminar y durante la estancia en el Centro de Salud TIII México España. Dado que en el trabajo de campo se tuvieron que tomar decisiones para el ingreso al mismo, se hizo un primer muestreo y después se decidió hacer otro con una cohorte representativa del 2017, integrando más variables a diferencia de la primer muestra. Se plantean las principales cuestiones, hipótesis y métodos para llegar a las respuestas.

En el *capítulo tres* “El enfoque biocultural en antropología en salud y la interrupción legal del embarazo desde la perspectiva de género”, se abordan los enfoques antropológicos nodales de la Antropología en Salud: Antropología Médica Crítica, Modelo Explicativo de Kleinman y cómo interaccionan con el Enfoque Biocultural. Es objetivo de este capítulo el poder ahondar en el enfoque biocultural y su aplicabilidad para la comprensión del fenómeno de estudio de las mujeres que acceden a la ILE y su relación con la esfera médica hegemónica. Se plantea cómo interaccionan los cinco componentes y los codeterminantes del modelo biocultural para brindar luz acerca del entendimiento al abordar este tema desde la antropología en salud.

El *capítulo cuatro*, “Del sistema sexo-género al cuerpo como territorio de derechos sexuales y reproductivos” está destinado para dialogar acerca de la sexualidad femenina, del discurso de género que atraviesa y moldea el cuerpo femenino para enmarcar la vivencia de la Salud Sexual y Reproductiva.

Con los capítulos anteriores como sostén del trabajo de campo, el *capítulo cinco*, “Entre el derecho, la legitimidad, la praxis médica y la experiencia”, comienza con los resultados del trabajo de campo, donde se podrá leer acerca del Centro de Salud TIII México España, específicamente de la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva Marta Lamas. Aparecen los principales actores que ejecutan el protocolo de atención, se propone un flujograma de atención derivado de las observaciones in

situ, así como las características epidemiológicas y sociodemográficas de las mujeres que asisten a la clínica “Marta Lamas”.

El *capítulo seis* “Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos”, se presenta la reconstrucción de las trayectorias de atención de las 13 mujeres participantes, agrupadas en las tipologías: *Tipología 1*, mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y que no tienen antecedentes de abortos o interrupciones legales del embarazo; *tipología 2*, mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y tienen antecedentes de abortos o interrupciones legales del embarazo; *tipología 3*, mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y cuentan con hijos nacidos vivos; y *tipología 4*, mujeres que interrumpieron su embarazo mediante el procedimiento quirúrgico (AMEU).

En el *capítulo siete* “Percepción de los prestadores de servicios de la ILE”, se presentan las principales percepciones de los prestadores del servicio: médicos, trabajadoras sociales, enfermeras y personal administrativo. Se enfatiza la representación que tienen acerca del derecho a decidir, sobre las mujeres que acceden a la ILE, la implementación del protocolo de atención y la construcción del estigma que algunos prestadores del servicio manifiestan acerca de las mujeres que se acercan al servicio de ILE, y de las mujeres que acuden por segunda ocasión.

El *capítulo ocho* “Análisis biocultural de la ILE” presenta el análisis de los cinco componentes del modelo biocultural aplicado a la antropología en salud, así como los codeterminantes bioculturales relacionados en cada componente. Los cinco componentes son: 1) Espacio y características de los participantes, 2) Productos materiales para la atención de la ILE, 3) Recursos para la atención de la ILE, 4) Productos ideológicos (representaciones y prácticas) sobre la atención de la ILE y 5) El cuerpo. Finalmente, a partir del análisis surge una propuesta para la mejora del servicio.

La investigación cierra con las *reflexiones finales* resultantes del análisis que corresponde a las preguntas de investigación planteadas sobre la ILE, cuyos datos etnográficos se discuten con respecto a los componentes y principales codeterminantes bioculturales encontrados, además de que se reflexiona sobre las nuevas interrogantes que aparecen en la discusión y se realiza una suerte de reflexividad sobre la experiencia que se vivió al realizar este tipo de investigaciones sobre la ILE sus alcances y límites.

CAPÍTULO 1

La interrupción legal del embarazo. De la muerte por abortos clandestinos en América Latina a la despenalización en la Ciudad de México

Para poder dimensionar la despenalización del aborto ocurrida en el entonces Distrito Federal el año 2007, es importante considerar que los principales argumentos para su despenalización tuvieron relación con la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Mexicanas, como objetivo sustancial, se pretendía disminuir la muerte materna, asociada a la práctica de abortos clandestinos. Así, se establece la ILE hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México¹.

Este cambio en la legislación de la Ciudad de México fue posible al asociar elementos de salud, índices internacionales, conferencias internacionales y una problemática de muerte materna por los abortos practicados en condiciones inseguras, la despenalización intenta superar la brecha de desigualdad social. Los argumentos que empujaron el cambio legislativo, tuvieron que ver con estadísticas relacionadas con la muerte materna, el embarazo adolescente y los codeterminantes sociales que resaltan la inequidad en la atención; las mujeres jóvenes y pobres, eran quienes estaban muriendo en clínicas clandestinas. A lo anterior, se suma el análisis de proceso de globalización como vector de impulso para el avance de los derechos sexuales y reproductivos, pensando la ILE como uno de éstos.

1.1 Proceso de globalización y salud

La definición de salud como un completo desarrollo de bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad sigue vigente desde su conceptualización en los años 60's. El modelo propuesto por la OMS para entender la salud no ha sido reemplazado por ningún otro. Pacileo (2005), menciona que el éxito del modelo se

¹ Lo anterior fue un parteaguas para el surgimiento de la "Marea verde", un colectivo de activistas por los derechos de las mujeres, que promueve la despenalización del aborto en todo el territorio mexicano.

debe a que completa un aspecto fundamental: la salud no sólo es la ausencia de la enfermedad, sino también un estado de bienestar. Al vislumbrar el bienestar y no solo la ausencia de la enfermedad, nos podemos preguntar ¿por qué no toda la población mundial puede alcanzar los estatutos de salud/bienestar? Si observamos detenidamente, podemos ver que existe un acceso diferencial importante en los satisfactores que llevan a la salud, pudiendo hablar los determinantes sociales de la salud (DSS).

Los DSS se vinculan al proceso de globalización, repercutiendo en el estado de bienestar del ser humano. La globalización tiene un impacto en la vida del hombre, modificando su estilo de vida, hábitos, costumbres, consumo, incluso deseos y proyecto de vida. La salud se ve favorecida y/o desfavorecida por dicho proceso.

La globalización abarca los procesos en virtud de los cuales los estados, naciones soberanas, se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus posibilidades de poder, orientaciones, identidades y distintos entramados, en realce del mercado económico dominante (Beck, 2005).

Las fuerzas dominantes en la construcción de la globalización han buscado la acumulación de riquezas, la usura y la explotación de los recursos naturales, pero hay otras fuerzas que están sembrando la duda en su seno, porque intentan que sus energías positivas se desarrollen a favor de los habitantes del planeta. La globalización es un hecho objetivo, no una ideología. Es decir, se concreta en cambios sustanciales en el modo de vida de los colectivos.

Globalización es un término que surge del lenguaje de mercadotecnia japonés y que enfatiza la incorporación global de bienes en el marco local de gustos, preferencias y significados (Peña, 2013). Las relaciones entre globalización y salud no son buenas. Con la globalización se comprueba la relación entre los planes de ajuste estructural y ruptura de redes de protección social, así como el incremento de la exclusión (Pacileo, 2005).

La globalización ha impuesto una serie de reformas al Estado que han restringido paulatinamente su deber y capacidad de ocuparse de las necesidades de la ciudadanía. Estas reformas han provocado, además, la reducción y fragmentación del Estado con el consiguiente traspaso de sus obligaciones al ámbito privado, con las mujeres como principales depositarias. Este fenómeno conlleva una creciente falta de autonomía para tomar decisiones políticas y económicas por parte de los Estados. Los procesos de reforma de los servicios de salud impuestos a los Estados por las instituciones financieras internacionales han aumentado de forma dramática la exclusión y la pobreza en todo el mundo (Iriarte, 2005).

El proceso de globalización y su relación con la salud de la población mundial enfrenta a asociar elementos que anteriormente no se asociaban al estado de salud del ser humano, como son los determinantes sociales de salud, lo que da muestra que afecta negativamente la salud de la población. Pareciera que actualmente existen mejores formas de enfrentar los procesos de salud-enfermedad, existen más recursos farmacológicos y opciones de tratamiento, lo que hace contradictorios los efectos adversos en la salud. Bajo la lógica del desarrollo, deberían existir mejores condiciones de vida y salud para la población, sin embargo, no lo es en lo absoluto.

El aumento de la esperanza de vida, los cambios sociales acontecidos en lo económico generan que se tengan que cerrar opciones de salud en pro del desarrollo económico de los países y se impongan formas de desarrollo que no encajan con las características de las poblaciones menos favorecidas Sin embargo, una manera de resistir ante los embates mercantiles de la salud, aboga por el empleo de las asociaciones civiles que luchan por el cumplimiento de acuerdos firmados en convenios internacionales para apegarse al derecho y alcanzar mejores estándares de salud para las poblaciones.

Para el caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), es paradójico el impacto de la globalización, a la vez que es positivo el traer discusiones que

sucedan en países desarrollados a países en vías de desarrollo permite sustentar para pelear por derechos ganados en otros países. A la vez que se presenta un beneficio, la otra cara de la moneda y en la ejecución de los programas se propicia que aumenten las brechas de inequidad en la promoción y proporción de los servicios y/o derechos.

Los procesos de reforma del sector salud obvian el concepto de salud y de los bienes sanitarios como bienes públicos y un derecho para toda la población. En este proceso, la globalización permite hablar de la salud como un derecho y dentro de esta concepción, se imbrican los DSyR, en un contexto de pugna por intentar desdibujar las fronteras de la inequidad que origina la pobreza y el acceso desigual a las condiciones materiales de vida.

1.2 Globalización y Salud Sexual y Reproductiva

Si bien, el proceso de globalización ha enmarcado condiciones adversas de salud impulsadas por la desigualdad económica, donde quienes más tienen, tendrán acceso a mejores servicios de salud; la salud sexual y reproductiva ha tenido ganancias conceptuales y visibilizantes de problemáticas que anteriormente no se consideraban como tales. En este sentido, se han ganado algunas batallas y la propia globalización ha favorecido que nuevas problemáticas sean enunciadas.

En la siguiente tabla se enuncian los avances significativos en la conceptualización de la salud sexual y reproductiva:

Tabla 1.- El camino hacia la salud sexual y reproductiva

AVANCE	DOCUMENTO	ESTIPULA
Derechos Sexuales y Reproductivos	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).	Se reconocen por primera vez los derechos sexuales y reproductivos asociados a la salud.
Derechos Sexuales y Reproductivos	Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).	Se amplían y definen los derechos sexuales y reproductivos.
Derecho de la mujer a una vida libre de violencia	La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.	Reconoce la igualdad, no discriminación, integridad, privacidad, autonomía, dignidad y el bienestar de la mujer.
Derecho a la salud	Declaración de Alma Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998.	Se afirma que el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político y condición social o económica.
Derechos humanos	Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán de 1968	Dentro de los derechos humanos, se conceptualiza el derecho de las parejas a decidir el número de hijos y su espaciamiento.
Derecho de las parejas a decidir sobre la cantidad de hijos y el espaciamiento en su nacimiento.	Conferencia Mundial sobre Población, se realizó en Bucarest en 1974	La obligación del Estado en asegurar el derecho, incluyendo la información y acceso a métodos de control de la natalidad.

Decisión sobre el propio cuerpo	En 1975 en el marco de la Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer	Reconoce en la declaración el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad voluntaria.
Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.	Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW).	Garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva

Fuente: Elaboración propia (2022) con datos de Iriarte (2005).

Los tratados internacionales, así como los documentos en los que México firma en común acuerdo para perseguir el avance de los derechos humanos, conlleva a la interpelación de la promoción de estándares superiores de bienestar, enfocados en el alcance de los derechos humanos, las libertades y la no discriminación. Para fomentar el cumplimiento de los compromisos se crean políticas públicas que impulsen su concreción.

La CIPD fue el primer foro mundial que logró un consenso sin precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto inseguro; el Programa de Acción de esta conferencia convocó a los gobiernos a asumir su responsabilidad frente al problema y precisó las medidas a ser adoptadas:

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 [...] Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto [...] En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de

planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos (ONU, 1995).

Este hito, marca el punto de arranque para centrar los esfuerzos en la problematización de la salud sexual y reproductiva, en sus primeros años conformada como planificación familiar. En los años setenta y ochenta, se centró en la distribución de métodos anticonceptivos por parte de mujeres y parejas para controlar los índices de natalidad poblacional; se enfocaron hacia “mujeres meta” que no utilizaban ningún anticonceptivo (casadas o en unión libre, de edades intermedias y con alta paridad), sin que importaran demasiado sus preferencias, intereses ni proyectos de vida (Lerner y Szasz, 2001).

Con el pasar de los años, el cambio de paradigma a nivel internacional llevó a México a sustituir el término planificación familiar por el enfoque de salud sexual y reproductiva. Un buen estado de SSyR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero al mismo tiempo involucra la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en el reconocimiento que tienen las parejas de decidir libre y responsablemente el momento del matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos, a disponer de información y de los medios para acceder a su sexualidad sin ningún tipo de discriminación de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (Florez y Soto, 2008).

Lo anterior, en el mejor escenario, sin embargo, se reconocen serios problemas sobre la demanda insatisfecha de anticonceptivos, índices de embarazos no deseados, actualmente se habla de violencia obstétrica. Entre los problemas de las políticas de salud en México y de las acciones en SSyR en particular, están la desarticulación de los servicios, la falta de personal capacitado y la descoordinación entre la federación y los estados (Gómez, Rodríguez y Agudelo, 2013).

El abordaje de los aspectos sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad y las diferencias en la forma y temporalidad en que se dan dichos fenómenos es una labor compleja. En el plano de la SSR se ha evidenciado que existen diferencias de género en la atención y calidad de los servicios médicos, lo cual cambia de acuerdo con la pertenencia socioeconómica (Oliveira y Ariza, 2008).

Dentro de la discusión que se ha planteado, el análisis de la SSyR así como la homogeneidad en el acceso a los servicios no es posible si lo relacionamos con los codeterminantes de salud, en algunos casos el acceso se ve frenado, además de la importancia de los procesos culturales donde la vivencia de la sexualidad es particular en cada individuo y se construye desde su conjunto social y contexto de interacción.

Los determinantes sociales: educación, familia, empleo y migración se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes. Como parte de los determinantes sociales, en México, a excepción de esporádicos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral, se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, también se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos, 2013).

1.3 La despenalización del aborto como un tema de justicia social en la Ciudad de México

Para iniciar la delimitación conceptual del aborto, en primer la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto clandestino o inseguro como un “procedimiento para terminar con un embarazo no planeado que se realiza una persona que carece de las habilidades adecuadas, o que ocurre en condiciones que no cumplen con los estándares médicos básicos o cuando aplican ambas condiciones” (Juárez et al,

2009:4). El aborto inseguro tiene efectos negativos muy importantes en las mujeres, las familias, los sistemas de salud pública y la sociedad a nivel mundial y en México.

Este tipo de aborto es con frecuencia la única opción disponible para las mujeres que desean terminar un embarazo en países en donde el aborto es ilegal, como en el caso de México antes de 2007. Habría que matizar el hecho de que el aborto al ser clandestino no necesariamente era inseguro, dependía entonces de las condiciones socioeconómicas de las mujeres que lo buscaban, al depender de las condiciones del lugar, en algunos casos sí conllevaba los riesgos sanitarios, la falta de seguimiento postaborto, infecciones, lesiones de los órganos internos, infertilidad y/o muerte (Rodríguez, 2004:88).

En contraste, la Interrupción Legal del Embarazo pretende disminuir las muertes maternas ocasionadas por la práctica clandestina, así como las otras complicaciones: hemorragias, lesiones uterinas, infecciones e infertilidad. La clandestinidad se asocia fuertemente al riesgo de morir durante o después del procedimiento, por las condiciones insalubres en las que se lleva a cabo, además de que acentúa la brecha de desigualdad en la atención y búsqueda de la salud sexual y reproductiva, en el siguiente apartado, se revisa, sobre todo el contexto latinoamericano, mostrando las cifras y problemáticas que fueron empleadas para impulsar la despenalización.

1.3.1 El aborto en América Latina, una cuestión de desigualdad

El aborto en América Latina y El Caribe es una práctica sujeta a numerosas restricciones y su prohibición conlleva a la realización de abortos clandestinos y de mayor riesgo. Su práctica, sus condiciones de acceso y sus consecuencias plantean un problema de salud pública en términos de morbilidad y mortalidad maternas debidas a los abortos, así como de los elevados costos para los sistemas de salud que deben de atender las complicaciones de los mismos. Lo anterior revela numerosas desigualdades: sociales, económicas, étnicas, de género e intergeneracionales (Guilláume y Lerner, 2008).

Las mujeres son las más afectadas por las consecuencias en su cuerpo y al ser las que padecen las complicaciones; también enfrentan las consecuencias penales y de estigmatización social que nunca involucran a los otros autores de los embarazos. Estas desigualdades son evidentes, se ha observado que las mujeres de las clases sociales bajas tienen que recurrir al mercado clandestino. De la misma manera, las mujeres jóvenes en situación económica precaria tienen un acceso limitado a la planificación familiar y a las redes que les permitirían acceder a procesos seguros y evitar exponerse a abortos en condiciones de alto riesgo. Este acceso limitado expresa claramente la falta de seguimiento y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos; en general de los derechos de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 3,700 000 abortos en condiciones de alto riesgo tienen lugar cada año en América Latina y El Caribe, región en la cual se observa precisamente las tasas y razones de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe (Ehman y Shah, 2004).

La cifra de abortos en América Latina asciende a 31 mil abortos al año donde mueren cada año unas 10 mil por abortos mal practicados, casi siempre de forma clandestina y en condiciones de riesgo, por las restricciones impuestas contra el ejercicio de ese derecho (López y López 2012).

Las sanciones legales ante el aborto inducido rigen en Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Ecuador, Chile, Saint Martin (Antillas Holandesas), Paraguay y República Dominicana. Grupos conservadores de los dos últimos países impidieron sacar adelante proyectos legislativos orientados a la despenalización de las interrupciones, en tanto, las mujeres del salvador enfrentan una de las leyes más prohibitivas acerca del tema desde hace más de una década. La aplicación de la disposición vigente en el Salvador derivó en cientos de muertes de mujeres desde

1996, según el Centro de Derechos Reproductivos y el Instituto de Estudios para la Mujer (González de León y Billings, 2002).

De Castelbajac (2010), afirma que en los países donde sólo se permite el aborto bajo dos motivos lo hace ver como circunstancial, el que salve la vida de una mujer y el que sea el embarazo efecto de una violación, por lo que, para él dejan a un lado a la mujer agente de derecho, que es necesaria salga a la luz en pleno siglo XXI. En todo caso nos dice que esa ley no ampara un comportamiento sino una circunstancia en la que ni siquiera existe la decisión de la mujer.

Cuba fue el primero de estos en eliminar la restricción del aborto y establecer como período máximo para realizarlo la décima semana de embarazo, a menos que otras razones de salud lo justificasen. Puerto Rico es otro de los que clasifica entre los primeros en despenalizar el aborto inducido. La normativa al respecto fue aprobada en 1973 y benefició hasta a las menores de edad, sin importar el mes de embarazo en el que estuvieran. Progresos en cuanto al tema se alcanzaron en años recientes en Colombia y en la capital de México. En el primer caso, la Corte Constitucional avaló el aborto terapéutico en mayo de 2006, en situaciones límites para las embarazadas, por violaciones o malformaciones en el feto. En la capital mexicana, las interrupciones fueron despenalizadas un año después. Durante 2008, 16 Estados reformaron sus constituciones para proteger la vida desde el momento de la concepción/fecundación, sumándose a la tendencia iniciada por Chihuahua en 1994 (Castelbajac, 2010).

En general, en América Latina y El Caribe, el marco legal del aborto es muy restrictivo. En 2003, se pueden distinguir países donde el aborto es totalmente prohibido, otros donde es autorizado a petición de la mujer y, finalmente un tercer grupo donde es autorizado bajo ciertas condiciones. Así, entre los 41 países de la región el aborto es autorizado: 1) sin restricción en 8 países, 3 de los cuales corresponden a las Antillas Francesas; 2) en caso de violación en 9 países; 3) por

malformación del feto en 7 países; 4) por razones económicas y sociales en 2 países; y 5) para proteger la salud física o mental de la mujer en 17 países.

El aborto es autorizado para salvar la vida de la mujer en 27 países, de los cuáles 10 la consideraban como única causa legal. En 2003, era totalmente prohibido en 6 países; en 2006, Colombia suavizó su posición al autorizarlo por causas más amplias, al igual que en Uruguay en 2007; mientras Nicaragua lo prohibía totalmente y, al contrario, en el Distrito Federal en México fue despenalizado siempre y cuando se realizara con anterioridad a las 12 semanas en el 2007 (Guillaume y Lerner, 2008).

La cuestión del aborto ha generado en todos los países un debate muy intenso, con posiciones contradictorias entre diferentes actores y fuerzas sociales: grupos feministas, religiosos, actores en el ámbito de la salud, de la política y de la sociedad civil, ya sea a favor de la despenalización de su práctica, y otros, al contrario, militando a favor de su prohibición total. En la praxis, los marcos legales más restrictivos están asociados a mayores índices de mortalidad materna por su práctica en condiciones insalubres, además de acentuar el ocultamiento del ejercicio de la sexualidad.

1.3.2 El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México

El 24 de abril de 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la despenalización del aborto en la Ciudad de México hasta la semana doce de gestación. Al mismo tiempo, se estableció, garantizar los servicios de consejería *pre* y *postaborto*, así como brindar información objetiva y científica a las mujeres que solicitaran la Interrupción Legal del Embarazo (Lamas, 2017).

En 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 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 (Motta y Schiavon, 2013).

En el territorio mexicano existen causales legales que regulan interrupción de un embarazo, siendo diferentes en cada estado, pero se pueden enumerar en las siguientes: 1) Violación, 2) Malformaciones, 3) Peligro de muerte para la mujer, 4) Grave daño para la salud e 5) Inseminación artificial no consentida (Castañeda, 2003).

De una revisión de los códigos penales se registra lo siguiente: aborto imprudencial en 30 entidades, peligro de muerte en 25 entidades, malformaciones del producto en 14 entidades, graves daños a la salud de la mujer en 13 entidades, inseminación forzada en 11 entidades, causas económicas (cuando se tenga al menos tres hijos) en una entidad y voluntad de la mujer en las primeras doce semanas de gestación en una entidad (Andión y Ramos, 2013).

En la última causal señalada, donde la interrupción del embarazo está contemplada hasta las doce semanas de gestación, hace referencia al Distrito Federal, donde hace quince años se consiguió la despenalización del aborto. "Esta despenalización es única en su tipo en América Latina, sólo en Cuba, Guyana y Puerto Rico, esta práctica es plenamente garantizada" (Lamas, 2009b:154). Las feministas mexicanas plantearon el derecho al aborto como un asunto de justicia social, como una cuestión de salud pública y como una aspiración. "No obstante la contundencia de sus argumentaciones, tardaron otros 35 años en lograr la tan anhelada despenalización ¡y sólo en la Ciudad de México!" (Lamas, 2009b:157).

Según Lamas (2009a), el establecimiento del marco despenalizador se logró gracias a tres cuestiones: a) una mayoría de izquierda que expresa sus convicciones éticas en acciones legislativas; b) el trabajo de los grupos feministas

que asesoraron y acompañaron el proceso; y c) la polarización postelectoral, que sigue caldeando los ánimos y que ha propiciado tomas de posición radicales.

Los grupos feministas marcharon acompañados de sindicalistas, estudiantes y de la ciudadanía, usando consignas de todo tipo: “Anticonceptivos para no abortar, aborto libre para no morir”, hasta otras más alusivas al intervencionismo católico, como: “Quiten sus rosarios de mis ovarios”. Esta despenalización pone a la ciudad de México a la vanguardia del tratamiento jurídico en relación al aborto, con argumentos que calan en el imaginario colectivo y con una experiencia de organización ciudadana que puede ser llevada a otros estados de la república. El republicanismo laico con el que la Coalición de izquierdas se negó a cerrar los ojos ante los gravísimos problemas que causa la clandestinidad y enfrentó la estridencia clerical.

Como es mejor prevenir que lamentar, la despenalización viene dentro de una amplia propuesta de educación sexual y uso de anticonceptivos, para impulsar la responsabilidad reproductiva. Y convencidos de que la interrupción voluntaria del embarazo plantea dilemas relativos a la calidad de la vida, la responsabilidad individual y la libertad de conciencia, los partidos de la coalición de izquierdas refrendaron con su voto que en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo se encuentran vivos los principios políticos de una democracia moderna pluralista (Lamas, 2009a: 31).

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas y Amuchástegui, 1998).

Al respecto, se ha documentado que la interrupción de un embarazo no deseado es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven. Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y

agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos(as) que practican abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres (González de León y Billings, 2002).

1.3.3 Normatividad que regula el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo

En diciembre de 2003, el Pleno de la ALDF aprobó reformas, en el tema de aborto, al Nuevo Código Penal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el DF (LSDF). Estas modificaciones se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 27 de enero de 2004 y entraron en vigor el día siguiente. Las reformas fueron moderadas, pero con implicaciones profundas. En Gire, 2007 resumen los aspectos clave de estas reformas, que fueron:

- Incrementar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento (Artículo 145 del CPDF).
- Las instituciones públicas de salud deben realizar en un plazo no mayor de cinco días, gratuitamente y en condiciones de calidad, la interrupción del embarazo (Artículo 16 Bis 6 de la LSDF).
- Regular la objeción de conciencia de los médicos (Artículo 16 Bis 7 de la LSDF).
- Eliminar el carácter de delito del aborto (Artículo 148 del CPDF).

Las reformas, que fueron aprobadas en 2007 y que actualmente operan para el ejercicio de Interrupción Legal del Embarazo consisten en:

1. Reformular la definición jurídica penal del aborto: «Aborto es la interrupción del embarazo después de la décimo segunda semana de gestación» (artículo 144 del Código Penal del DF, CPDF).
2. Definir el embarazo, para efectos del Código Penal, como «la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio» (artículo 144 CPDF).
3. Reducir las sanciones para las mujeres que se practiquen un aborto (artículo 145 CPDF).

4. Proteger a las mujeres que fueran obligadas a abortar (artículo 146 CPDF).
5. Reformar la Ley de Salud del DF para ofrecer servicios de asesoramiento y contención pre y postaborto (artículo 16 bis 8 LSDF).

La Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de México avaló tres métodos para interrumpir el embarazo:

1. ILE con Medicamentos:

El Misoprostol se utiliza para los casos de ILE de menos de 9 semanas de gestación.

2. ILE con Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La AMEU es el procedimiento quirúrgico recomendable para llevar a cabo la ILE dentro del primer trimestre del embarazo. El método es más seguro que un legrado. En caso de ILE por AMEU la paciente ingresa al hospital por la mañana, se da la anestesia general y el procedimiento dura 10 minutos aproximadamente (Mendoza, 2010).

3. ILE con Legrado Uterino Instrumental (LUI)

Cuando se lleva a cabo la ILE con legrado, la paciente por lo general ingresa al hospital en la mañana de la fecha del procedimiento, se le proporciona la anestesia y se le realiza el procedimiento el cual dura aproximadamente 10 a 20 minutos. Generalmente la mujer se da de alta después de algunas horas de observación.

La despenalización y la construcción de las clínicas para la atención de la Interrupción Legal del Embarazo está fundamentada en los derechos sexuales y reproductivos, que están arraigados *al artículo 4to. de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos*, donde se establece como garantías individuales el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

El derecho a decidir si continuar con una maternidad elegida o no, establece la posibilidad de que la mujer decida libremente sobre su cuerpo. En la Gaceta Oficial del Distrito Federal, del 4 de mayo de 2007 se establece como responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del DF, garantizar

su ejercicio para lograr el bienestar físico, mental y social de la mujer y contribuir así al pleno ejercicio de sus capacidades.

La gaceta menciona que existe evidencia científica de que la interrupción del embarazo en sus primeras semanas de gestación, disminuye la morbilidad y mortalidad de las mujeres embarazadas que lo solicitan o requieren, sobre todo si se realiza en condiciones adecuadas de higiene, infraestructura y por el personal médico calificado. Además, señala como obligación del Gobierno del Distrito Federal, el fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de Interrupción del Embarazo y brindar consejería médico y social.

CAPÍTULO 2

Del planteamiento del Problema a la Estrategia Metodológica

En este apartado se narra el punto de arranque del tema de investigación. El estado del arte conjunta el material acerca de la interrupción legal del embarazo que fue encontrado al momento de comenzar la investigación, agregando que en ese momento había salido. Posteriormente, se muestra la construcción de las preguntas de investigación, la definición de variables y las reflexiones éticas así como el compromiso social del trabajo desarrollado.

2.1 Punto de partida: la Interrupción legal del embarazo

El tema del aborto inducido y la despenalización del mismo, ha sido polémico en las últimas décadas, hasta hace cierto tiempo se tenía clara la idea de que al menos en la Ciudad de México y la mayoría de los estados de la República, se contemplaban como únicas excluyentes de responsabilidad: 1) que el embarazo haya sido producto de una violación, 2) que el embarazo pudiera poner en peligro la vida de la madre, o 3) por malformaciones del feto. Sin embargo, en el año 2007 bajo la presión por los derechos de la mujer y en particular su derecho *de libre decisión* respecto a lo que acontecía en su cuerpo y las consecuencias en su vida futura: “Tan importante como el derecho a votar es el derecho sobre el propio cuerpo” (Torres, 2010); se despenalizó el aborto hasta las 12 semanas de gestación ante la Asamblea del Distrito Federal y consolidando las reformas por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el 2008 (Valdés, 2014).

Se establece a la ILE como el procedimiento que se lleva a cabo hasta la doceava semana de gestación con la finalidad de interrumpir voluntariamente el embarazo, hasta las doce semanas de gestación, sin la necesidad de una causal. Asimismo, se exhorta a las instituciones de salud pública a ofrecer el servicio de forma gratuita y en condiciones de calidad, quedando en la constitución las demandas de los grupos feministas y de los principales activistas pro derechos: “Aborto libre, seguro y gratuito”.

Dentro del estado de la cuestión se han podido ubicar investigaciones de diferentes áreas, principalmente la médica, psicológica y antropológica. En cuanto a las cifras oficiales, las mujeres que han sido atendidas en el servicio entre abril de 2007 y febrero de 2015 suman un total de 137 024 mujeres. Del total, 72.7% son mujeres que residen en el Distrito Federal, 24% provienen del Estado de México y 3.3% de otros estados y extranjeras. Igualmente, 34.2% son mujeres que no han tenido hijos, 26.3% tienen un hijo, 22.9% dos hijos, 10.5% tres hijos y 6.1% más de tres hijos².

En cuanto a su estado civil, 53.1% están solteras, 14.6% casadas, 3.1% divorciadas, 28.1% en unión libre y 0.3% viudas. De su escolaridad, se puede decir que 8.1% cursaron hasta educación primaria, 32.3% secundaria, 39.7% preparatoria, 17.3% superior, 0.4% educación técnica. Finalmente, como datos descriptivos, las mujeres que han recurrido al servicio tienen como principal ocupación, el 35.2% se dedica al hogar, 25.1% son estudiantes, 23.7% son empleadas, 5.4% comerciantes, 0.9% trabajadoras domésticas, obreras 0.2%, el 0.6% son profesionistas y el 4% tienen otra ocupación. Los métodos con los que han sido interrumpidos los embarazos son: 1) Medicamentos el 72.1% de los casos, 2) AMEU el 25.6% y 3) LIU el 2.2%.

Una investigación más detallada fue llevada a cabo por Sosa (2010) en el Hospital “Dr. Enrique Cabrera Cosío”, quien señala que las principales características de las mujeres a quienes se les realizó una ILE fueron: Tener 25 años de edad, ser solteras, con inicio de una vida sexual activa a los 18 años de edad, sin ningún método de planificación familiar, pertenecen a la población económicamente no activa. Los principales motivos por los que ellas señalaron solicitar la interrupción fueron los económicos (59%), número suficiente de hijos (9%), encontrarse estudiando (6%) y violación (6%). Las semanas de gestación en la que se realizó la

² Los datos fueron tomados de la página principal de GIRE (Grupo de Información en Reproducción Asistida) el 5 de abril de 2015. Están disponibles en: https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1397&lang=es

ILE fueron en la 8.2. El 100% de las mujeres recibieron consejería anticonceptiva, del total de 163, 72 adoptaron algún método anticonceptivo (Ibidem).

Otra investigación también relacionada con las características sociodemográficas de las mujeres que acuden al servicio de ILE en el DF encontró en una muestra de 319 casos revisados entre abril y mayo de 2013, que la edad de las mujeres que solicitan el servicio oscila entre los 13 y los 43 años de edad, concentrándose el dato en el rango de edad de 20 a 24 años. El 66% de las mujeres radicaban en la zona centro de la Ciudad, mientras que las pacientes foráneas eran del Estado de México, Puebla y Veracruz, principalmente. En cuanto a la escolaridad, el 38% cuenta con preparatoria terminada, el 23% contaba con licenciatura concluida. El 27% era ama de casa, el 18% era estudiante y el resto desempleada. Del estado civil se puede destacar que el 54% estaban solteras, 31% casadas y el 13% vivía en unión libre (Bahena, 2013).

En cuanto al procedimiento, el 74% de las mujeres mencionó que era la primera vez que acudían al servicio, el 23% aseguró que era la segunda vez que lo hacían, el 2% dijo que era su tercera vez y sólo el 1% mencionó que era su cuarta vez. Entre los motivos de interrupción del embarazo el principal fue la economía, es decir, no contar con los recursos para tener un hijo, el segundo fue considerar que no era el momento de tener hijos o tener otros planes, tercero, ya contar con el número de hijos deseados y finalmente para seguir estudiando (Ibidem).

En contraste, Piña (2014) realizó una investigación para conocer el perfil epidemiológico de las pacientes que acuden al servicio de ILE en el Hospital Materno Infantil Inguarán. Se revisaron 1043 expedientes, de los cuales 396 fueron excluidos por no tener datos completos. Tras la revisión se pudo establecer que el 66.6% de las mujeres que acuden al servicio se encuentra entre los 20 y los 34 años de edad mientras que el 16% tiene entre 16 y 19 años. El 36.7% cuenta con bachillerato terminado, el 59.6% se encontraba soltera al momento de la

interrupción, el 78.8% manifestó ser católica. La ocupación más frecuente fue ama de casa con un 36.4%.

De las mujeres que recurrieron a la ILE se encontró que en el 34.1 era su primer embarazo, del 27.5 era su segundo embarazo, del 20% era su tercer embarazo y del 12% su cuarto embarazo. El 19.6 % interrumpió el embarazo en la semana 7 de gestación, el 19.3 en la octava semana, el 12% en la sexta semana y el 10% en la quinta semana gestacional. El 76.6 fue tratada con mifepristona más misoprostol, el 18.2 fue tratada sólo con misoprostol y el 5.10 se le brindó atención quirúrgica para interrumpir (Ibidem).

Otra investigación realizada por Salud Pública habla de los factores asociados con la búsqueda del servicio cuando las mujeres enfrentan un embarazo no planeado. Figueroa y colaboradores (2012) identificaron los factores asociados con la búsqueda del servicio de ILE en la Ciudad de México. Los resultados mostraron que la búsqueda del servicio de ILE provisto por la SSGDF está asociada con la ocupación, número de interrupciones de embarazos previas y escolaridad. No se encontró asociación entre la búsqueda del servicio y los ingresos de las solicitantes, se piensa que puede atribuirse a que el precio del servicio de ILE ofrecido por las unidades médicas de la SSGDF está en función del nivel de ingresos de la mujer, por lo que el precio máximo del procedimiento es de 1500 pesos, así el costo no representaría una dificultad o las mujeres pagan el costo de la ILE a pesar de no contar con el recurso.

Otros elementos asociados fueron la educación y la participación en la vida laboral lo que podría sugerir que las mujeres más económicamente activas, tienen mayor acceso a pesar de las restricciones que pueda imponer la sociedad. Por tanto, los autores destacan la necesidad de implementar políticas públicas para que en el largo plazo se incremente el empoderamiento de las mujeres y, en consecuencia, su capacidad de decisión, y en el corto plazo para que las que viven en condiciones

de bajo empoderamiento puedan acceder a este servicio cuando ellas lo consideren necesario.

La búsqueda de servicio denota el empoderamiento que viven las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado, Paniagua (2010) afirma que el logro más importante de la Interrupción Legal del Embarazo es haber alejado a las mujeres de la clandestinidad, del silencio, del miedo, del castigo y de la muerte.

Contradictoriamente presenta los resultados de una encuesta de opinión aplicada por el FLACSO, donde se dice que en México casi 8 de cada 10 personas señala que no existe un trato digno para las mujeres que abortan; 76.9% considera que no existe la infraestructura necesaria para practicar un aborto, y prácticamente 8 de cada 10 personas consideran que no existe personal capacitado para realizar el aborto. Más de la mitad de las personas encuestadas (59.9%) considera que no existen garantías estatales en la atención profesional a las mujeres que abortan.

Las mujeres que llegan a los hospitales del gobierno capitalino o clínicas privadas a practicarse la interrupción del embarazo, lo hacen todavía con un cargo de culpa, ya sea en mayor o menor grado. Combatir los estereotipos en contra de las mujeres que acceden a los servicios, es un pendiente que tiene frente a sí la sociedad mexicana. Es cierto que las mujeres ya no mueren por abortos mal practicados, pero prevalece el estigma de la vivencia en la sociedad, en los prestadores de servicio y en las mujeres que lo experimentan (González, 2014).

Una nueva perspectiva crítica sobre la relación de los prestadores de servicio y las usuarias ha puesto en la mira la discriminación y el maltrato hacia las mujeres. La ILE significa la posibilidad concreta de operar un esquema de atención más igualitario entre las mujeres, con indiferencia de la clase social a la cual pertenecen. Enfrentar la desigualdad que existe en México y ofrecerles un servicio mejor a las ciudadanas (Lamas, 2014).

En una serie de entrevistas realizadas por Lamas (2014), encontró información contrastante puesto que la Secretaría de Salud de la CDMX establece que se tienen que tratar a las usuarias sin juicios moralistas: “respetar la decisión de las mujeres y no juzgarlas”; sin embargo, a una parte del personal cuando fueron entrevistados, se les “escaparon” ciertos adjetivos, menciona la autora: “exigentes”, “abusivas”, “difíciles”, para calificar una inédita actitud asertiva de muchas usuarias. También incomodó la ausencia de culpa, que se calificó de “desinhibición” o “descaro”. Esas usuarias “desinhibidas” y “descaradas” son expresión de un fenómeno reciente: la creciente *desdramatización de la vivencia del aborto*. Al efecto desculpabilizador que otorga la legalidad se suma la ausencia de drama que produce la ingesta de pastillas en la casa, tan lejana de las imágenes tenebrosas de los consultorios ilegales con sus legrados sangrientos y mortales. Esas conductas “descaradas” y “exigentes” se alejan de la pasividad acostumbrada de las “pacientitas” y muestran el giro hacia una apropiación de la ILE como su derecho ciudadano (Ibidem).

Los comentarios de incomodidad y molestia de algunos integrantes del personal remiten al estigma, que aún se encuentra presente entre los prestadores del servicio. Los dichos del personal ante las usuarias desinhibidas y asertivas no sólo como consecuencia del *habitus* sino también como un desplazamiento del estigma: como ya no pueden rechazar la ILE por su legalidad, desplazan su repudio a las actitudes atípicas, no sumisas, de las usuarias. En las mentes y en las subjetividades del personal de salud persisten los *habitus* de género (las costumbres, las tradiciones, las emociones) que la cultura instala desde muy temprano, afirma Lamas (2014).

Al respecto, una investigación llevada a cabo por De la Fuente y Omaña (2010) identificaron la aplicación del indicador de trato digno y evaluaron las condiciones en las que se da durante la atención proporcionada por el personal de salud médico y de enfermería a la paciente que acude a realizarse una ILE. Hay un mayor reporte por parte de las mujeres encuestadas, de que el personal médico no realiza las acciones enfocadas a brindar un buen trato (71%), tales acciones son: explicar los

cuidados o procedimientos a efectuar, realizar una revisión periódica después del procedimiento, dirigirse a la mujer por su nombre y resguardar su intimidad.

Los autores mencionan que el personal médico cuenta con deficiencias en la aplicación del trato digno, por lo que se requieren medidas restauradoras de la comunicación médico-paciente, posiblemente desde su formación, ya que no existen contenidos destinados al desarrollo de esta habilidad, durante los ciclos básicos ni clínicos de la carrera de medicina.

En las encuestas aplicadas, los investigadores dieron el espacio en una pregunta abierta, para que las encuestadas opinaran libremente sobre los aspectos que podrían mejorar la *percepción de seguridad durante la realización del procedimiento*, lo que proponen es:

- ✓ Buena atención, sin gritos ni malas palabras y con limpieza
- ✓ Una explicación detallada, clara, sin términos médicos del procedimiento antes y después de su realización, propiciando un ambiente de confianza
- ✓ Que el personal de salud brinde mayor cuidado al realizar cualquier procedimiento

Asimismo, las mujeres propusieron las siguientes *acciones para mejorar el trato en la atención*:

- Tener *horarios específicos y estrictos* para no hacer esperar a algunas personas tanto tiempo y el protocolo sea más ágil
- Que el personal de áreas complementarias (laboratorio, ultrasonido, urgencias y recepción) *no traten mal* a los usuarios cuando acuden a realizarse algún estudio o papeleo
- Que el personal médico sea *más amable y humanitario*
- Proporcionar *más información* antes de realizar el procedimiento
- Es necesaria un *área de recuperación* para después del procedimiento

Dentro de una buena atención de salud es fundamental el respeto, 12 mujeres (13%) *no percibieron* un trato con respeto por parte del personal médico, mientras que únicamente 6 mujeres (7%) no lo recibieron por parte del personal de enfermería, se sabe que la percepción depende del marco de referencia de la persona y por tanto este se ve afectado por el hecho ante el que se presenta. Se encontró que 31 mujeres (34%) percibieron *falta de interés* por parte del personal médico para que su estancia fuera adecuada, mientras que 19 (21%) lo consideraron por parte del personal de enfermería (De la fuente y Omañana, 2010).

Dado lo anterior, mencionan que incorporar el enfoque de género a los servicios de salud; trabajar bajo una visión de empoderamiento y ejercicio de derechos; incorporar tecnología avanzada y nuevos modelos de atención probados; así como promover la investigación médica en el tema de aborto; son pendientes que la política pública de Interrupción Legal del Embarazo ha comenzado a exigir (González, 2014).

Al convertir un servicio de salud en un lugar de liberación de un destino impuesto, la biotecnología del aborto ayuda a transformar la vida material de miles de mujeres e impulsa el proceso de eliminación del estigma. Por eso la experiencia en el DF ofrece una nueva forma de comprender la política a partir de respetar las voluntades de las mujeres, y abrir las prácticas institucionales al uso de la biotecnología (Lamas, 2012). La apertura a nuevas formas de mirar el aborto permite la incorporación de nuevos actores en el proceso, como lo puede ser la pareja de la mujer embarazada, acompañantes, incluso pensar en la importancia del área psicológica y sociocultural.

En lo que respecta a la participación del hombre en el proceso de ILE, Los hombres que se ven involucrados con sus parejas en un embarazo no deseado, en la decisión sobre interrupción del embarazo, o una vivencia de aborto se pueden expresar de diferentes maneras. Algunos han rechazado el embarazo y a partir de esto se han distanciado de la pareja. En otras ocasiones, en las que hay diferencia de opinión,

los hombres se han mostrado respetuosos y no han dejado de apoyar a la mujer en su decisión. La evidencia habla de que los varones están presentes y han ocupado un lugar respetuoso en la toma de decisión, búsqueda de información y el apoyo emocional y económico de sus parejas (López y López, 2012).

Una idea generalizada es que los hombres se mantienen distantes del proceso de aborto de las mujeres, sin embargo, de acuerdo con las experiencias del Fondo MARIA³ y ADAS⁴, es cada vez más frecuente que las mujeres integren a la pareja, quien solicita participar en el proceso. No obstante, un reclamo común de las mujeres es que los servicios públicos y privados no suelen contemplar la integración de la pareja masculina en las diferentes etapas de la interrupción (Ibidem). La pareja de la mujer tiene que permanecer todo el tiempo en la sala de espera. Además de la participación de la pareja, Fondo MARIA ha trabajado la construcción de redes de acompañantes para que estén con las mujeres en el proceso de interrupción. Se habla también del aborto relacionado con el empoderamiento.

Se reconoce que, al pasar del miedo a la seguridad, las usuarias viven la intervención como “un alivio”. Por eso las investigadoras concluyen que la reforma al Código Penal y la Ley de Salud del DF ha 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 (Lamas, 2012).

Hasta hace medio siglo, se confinó el sexo a la recámara de la pareja conyugal heterosexual y se privilegió la función reproductora. Michael Foucault (s/f en Maier, 2011) es quien reflexiona sobre este régimen de poder-saber-placer que hizo del sexo un tabú del que sólo se habla en voz baja. Con la última modernidad, nuevos actores colectivos emergieron de los reacomodos estructurales y simbólicos posteriores a los años sesenta, reivindicando su derecho a la igualdad e

³ Fondo de Justicia Social para el Aborto MARIA, A.C.

⁴ Atención Después del Aborto Seguro, A.C.

interrogando sobre la función de la sexualidad y de los sujetos reconocidos por la institucionalización de la fase histórica anterior, esta tensión constituye uno de los nudos de la disputa contemporánea por los significados culturales (Maier, 2011).

De Castelbajac (2010), afirma que en los países donde sólo se permite el aborto bajo dos motivos lo hace ver como circunstancial, el que salve la vida de una mujer y el que sea el embarazo efecto de una violación, por lo que, dejan a un lado a la mujer agente de derecho, que es necesaria salga a la luz en pleno siglo XXI. En todo caso nos dice que esa ley no ampara un comportamiento sino una circunstancia en la que ni siquiera existe la decisión de la mujer.

Reflexionar sobre la autonomía y los cambios históricos en las concepciones y prácticas del ejercicio sexual relacionadas con la salud sexual y reproductiva pone en juego los procesos sociales de larga transformación, donde lo que se piensa del aborto y cómo se vive es uno de ellos. Con todas las contradicciones esbozadas en el presente escrito en torno a la aceptación, rechazo y estigma; se idealiza la aceptación de la interrupción del embarazo dejando de lado los interdictos culturales que tienen los sujetos.

Para ejemplificar, se cita un estudio realizado por Luna (2012) quien realizó encuestas para encontrar la representación del aborto en dos escuelas de educación media superior. Encontró una representación social del aborto opuesto al derecho a decidir de la mujer, donde principalmente se asociaron términos como: muerte, tristeza, asesinato, y crueldad. En este sentido, el dominio del discurso conservador-fundamentalista conformó el campo de la representación, la dimensión actitudinal y las imágenes de la representación social del aborto en ambas escuelas, por consiguiente, el aborto es concebido por los estudiantes como un delito, como un asesinato a un ser inocente que no puede defenderse y que es sustentado por dicho argumento “el embrión o feto es un ser humano que está en proceso de desarrollo y que por lo tanto tiene derecho a la vida”.

Las valoraciones morales, encontradas en el análisis de la representación social del aborto, expresan actitudes condenatorias a la decisión de interrumpir el embarazo; estigmatizando a la mujer que lo lleva a cabo como una “mala madre” porque no tiene sentimientos, rechaza su maternidad y asesina a su propio hijo, y esto es ir en contra del destino inobjetable que tienen la mujer bajo la sociedad patriarcal, puesto que al ser vista sólo con fines procreativos, la identidad femenina está en función de la maternidad.

De manera opuesta, dentro del análisis de la representación social del aborto, se encontraron elementos del discurso liberal- feminista, los cuales hacen hincapié en que la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo y por lo tanto la mujer puede decidir si aborta o no, permitiendo así que la mujer decida libremente cuando quiere ser madre. También se manifestaron dentro de los significados de la valoración “peligroso” consecuencias que con lleva practicarse un aborto inseguro, las cuales principalmente recaen en las consecuencias físicas, como lo es la muerte. Es trascendente esta investigación porque deja en claro que la representación social está más vinculada hacia el lado conservador contrario a lo que podríamos pensar en una muestra de jóvenes de educación media superior, radicados en la CDMX.

Otras de las disciplinas que también está trabajando la ILE es la psicología, que toca un punto muy importante, se atreve a analizar el impacto psicológico y simbólico del concepto *aborto a ILE*. El hecho de que el aborto ahora sea nombrado como Interrupción Legal del Embarazo, posibilita que las mujeres le otorguen un sentido diferente, al sentirse apoyadas no sólo desde lo físico, sino desde el nombre “legal”, la Secretaría de Salud como institución representante del Estado, apoya y protege su integridad para que las mujeres puedan sentirse respaldadas y no fuera de la ley (Sánchez, 2012).

Quienes recurren a la ILE como opción, pueden encontrar un significado diferente por devenir de un gran Otro que es quien está, lejos de sancionar, dando su aval o consentimiento al procedimiento mismo, lo cual puede permitir la tramitación de la

culpa de una manera distinta. La ley desde su condición simbólica les permite a las usuarias ocupar un lugar distinto, en donde el consentimiento del Otro las acompaña. También permite una mayor movilidad de la mujer que ha recurrido a éste, en relación a sus otros, sus semejantes. En este sentido, podría existir un acompañamiento con su pareja, algún familiar, el personal médico, los trabajadores sociales; se menciona que, gracias al protocolo la mujer no carga sola con el peso del silencio (Ibidem).

Azbell (2014) realizó una investigación que indaga acerca del duelo en la interrupción legal del embarazo, afirma que el duelo no resuelto de una interrupción promueve la reincidencia a futuros procedimientos. Fundamenta su premisa en la existencia del Síndrome Post Aborto que sería una especie de Estrés Postraumático, menciona que el aborto provocado se ajusta a la posibilidad de ser un evento traumático como es la pérdida de un familiar o un ser querido. Concluyó que el duelo no resuelto por ILE es precursor de futuras interrupciones. Añade que la percepción de las mujeres con respecto a la reincidencia es que la despenalización fomenta la reincidencia del mismo, lo que ella menciona tiene que ver con los estilos de toma de decisiones, así como de la capacidad que tienen de formar resiliencia.

Tras el análisis de las entrevistas, se hace presente la participación del apoyo social y la confrontación de la interrupción para la elaboración del duelo. La búsqueda del apoyo social y la confrontación son determinantes para que la mujer transite de las fases agudas del proceso de duelo a las de reconstrucción. Se detalla que las mujeres no suelen buscar el apoyo social debido a la culpa que sienten por la ILE, aunque las mujeres estén conscientes de que fue la mejor decisión que pudieran haber tomado, no dejan de lado la culpa que sienten por la interrupción, tienen la creencia de que cometieron algo “malo”. Lo anterior dificulta el duelo y predispone a que la mujer tenga reincidencia a la interrupción debido al mal manejo de la pérdida.

Uruguay se ha posicionado a la vanguardia garantizando ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, al aprobar una ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). A más de un año del inicio de la implementación de estos servicios, se realizó una investigación por Médicos del Mundo Francia en Uruguay, que aborda las vivencias y las trayectorias de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y la prestación de IVE que se brinda a través de este servicio (Silva, 2014).

Los resultados de este estudio muestran que el tiempo en la toma de decisión es variable y el proceso dinámico. Según las circunstancias de cada mujer, la toma de decisión es acompañada por la pareja, la familia o se vive en soledad; 19 de 21 mujeres reportaron haberlo decidido antes de la primera consulta con el equipo de salud. Entre las razones citadas para abortar, surgen los problemas financieros, abandono de la pareja, problemas de salud en la familia, el cuidado de los hijos y la interrupción de los estudios u otro proyecto de vida.

Se destaca en las vivencias la importancia que dan las mujeres a la autonomía de su decisión. En un solo caso, una mujer con historial de trombosis dijo basar su decisión en la opinión médica, entre otras cosas. El recorrido por los servicios para la mayoría se vive como pesado, con muchos movimientos en términos de trámites que hay que hacer y número de veces que hay que volver al servicio. La trayectoria está demarcada por la ley y se divide en al menos tres citas obligatorias pre aborto, una ecografía y una cita opcional post aborto.

Se reporta en forma recurrente muy buen trato por parte de los equipos de IVE, más no necesariamente por el personal que hace ecografías. Muchas entrevistadas confirmaron haber vivido la ecografía con el volumen activado, lo que permitía escuchar los latidos del feto, y también mirando la pantalla, y en un caso se incluyó una foto del feto en el reporte de la ecografía. La internación es, sin duda, un momento estresante, donde las mujeres perciben al personal como menos sensibilizado para tratar este tema, y a algunos médicos directamente hostiles.

Igualmente, el trato en Emergencia también llegó a ser desagradable para al menos dos mujeres en el interior del país.

Sobre la vivencia misma del aborto con medicamentos, las mujeres expresan haber tenido miedo a las posibles complicaciones del medicamento o a que falle en interrumpir el embarazo. Una vez iniciado el proceso de aborto, la cantidad de sangrado también puede generar angustia. Las mujeres viven el proceso de aborto con dolor. Algunas se angustian al ver el feto una vez expulsado, evidenciando en al menos una entrevistada con doce semanas de gestación, una falta de preparación para esta parte del proceso.

Relacionado al entorno médico que configura la atención de la interrupción del embarazo, Rubí (2013) analizó la experiencia de aborto en mujeres que lo vivieron en dos condiciones diferentes: aborto clandestino y aborto despenalizado, contrastando los medios de acceso y los recursos que se desplegaron en cada circunstancia. En cada una de estas, se reconstruyeron las trayectorias de atención.

Para conocer la experiencia de las mujeres, se recurrió a la metodología cualitativa, llevando a cabo entrevistas en profundidad a seis mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo, tres de ellas antes de la despenalización del aborto en el DF y tres más que interrumpieron después de la despenalización. Las diferencias que se encontraron al contraponer las nociones de ambos grupos fueron: la apertura de la experiencia con la pareja, el apoyo de la familia, la exigencia del aborto como un derecho y el acceso al servicio a pesar de no contar con los recursos económicos, en las mujeres que lo buscaron después de 2007. Además, la despenalización tuvo un impacto en la significación de la experiencia. El grupo de mujeres que lo vivieron de forma clandestina lo representaron como un asesinato mientras que las mujeres que lo experimentaron como ILE lo representaron como un derecho y presentaban menos culpa o no presentaban culpa a diferencia de las mujeres que lo llevaron a cabo antes de la despenalización.

Los referentes de la ILE o aborto antes de ser despenalizado, se han dado de diferentes áreas disciplinares, se destaca el interés por analizar los perfiles sociodemográficos de las mujeres que acuden las clínicas buscando el servicio de interrupción legal del embarazo, también se habla de factores sociales, de estigma desde la antropología, atención médica, calidad del servicio y trayectorias de atención.

El interés por el estudio de la ILE se relaciona con la novedad del tema, confrontado con el imaginario social del mismo y el problema que representaban las muertes por abortos clandestinos. Encadena una serie de elementos convergentes entre sí para diferentes campos disciplinares, aunque es de resaltar que en antropología no se ha encontrado su abordaje, ha sido desde la antropología física y los estudios del cuerpo que se ha llevado a cabo. Por lo que es primordial abordar el tema desde la Antropología en Salud.

De tal suerte que la presente investigación analiza la ILE como un proceso biocultural desde la perspectiva de la antropología médica crítica a través de la experiencia de las usuarias y los prestadores de servicio en una clínica de ILE en la Ciudad de México.

2.2 Preguntas de investigación

Considerando los fundamentos planteados en el apartado anterior, se construyen las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Cómo son los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de la ILE; y las trayectorias de salud sexual y reproductiva en trece mujeres que accedieron a este procedimiento en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México?

- 2.- ¿Cuáles son las representaciones del cuerpo, género y salud sexual y reproductiva que tienen un grupo de mujeres del Centro de Salud TIII México España después ser atendidas por el servicio de ILE?

3.- ¿Cómo se modifica el ejercicio individual de la sexualidad y reproducción de las mujeres que se practicaron la ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México?

4.- ¿Cuáles son las representaciones sobre la interrupción legal del embarazo, el derecho a decidir que tiene la mujer y los beneficios o no de la implementación del protocolo de ILE que tienen los ejecutores del programa en el Centro de Salud TIII México España: ¿Médicos, trabajadoras sociales, enfermeros y administrativas?

2.3 Hipótesis

Se integran por pregunta de investigación en:

1. El itinerario terapéutico y las trayectorias de atención están marcados por las opciones biomédicas que se desprenden de la despenalización del aborto en la CDMX. Las mujeres que acuden a los servicios de interrupción están limitadas a lo establecido por la ley y los servicios de salud en términos de tiempo lo que hace que la búsqueda por resolver su embarazo no planeado ocurra en un corto lapso, no obstante, existirá una gran movilidad de recursos sociales por parte de la mujer.
2. La Interrupción Legal del Embarazo es un procedimiento gestionado desde la biomedicina en el que las mujeres al experimentarlo generan significados en sus trayectorias de atención. Los significados estarán relacionados con su género, cuerpo y salud sexual y reproductiva. Específicamente la representación está vinculada con ser mujer, madre, agente de derecho, bienestar, proyecto de vida y vida.
3. En la mujer que se practica una interrupción voluntaria del embarazo vía protocolo de Interrupción Legal del Embarazo se producen una serie de cambios en su práctica sexual y reproductiva a nivel individual ligadas a procesos subjetivos de resignificación de la experiencia donde el proceso de

interrupción es un proceso de alternancia por el que transita la mujer. Una interrupción de la gestación es de tal trascendencia en la vida de la mujer que genera cambios en sus prácticas sexuales y reproductivas, se piensa que la mujer principalmente adopta métodos anticonceptivos para evitar volver a vivir una interrupción si no desea embarazarse. Incluso puede adoptar prácticas más asertivas con su pareja para el cuidado de su fecundidad.

4. La interrupción voluntaria de la gestación cruza el sistema de creencias de los prestadores de servicio involucrados en el proceso médico. Los médicos, trabajadoras sociales y enfermeras se relacionan con significantes como derecho, salud, decisión, planificación y cuidado; derivados del proceso de sensibilización en el que fueron involucrados, sin embargo la hegemonización a través del protocolo médico también impacta su representación de la interrupción voluntaria del embarazo y pueden estar relacionados con significantes de descuido u omisión por parte de las mujeres.

2.4 Justificación

La despenalización del aborto y el establecimiento de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) acontecida el 24 de abril de 2007, decantada en la Gaceta Oficial Médica, donde signa los lineamientos de operación de los centros de operación hechos ex profeso, dotados del personal que operativizaría la nueva ley: médicos, trabajadoras sociales, enfermeras y personal administrativo.

La ILE ha sido trascendente para la vida política del país, pero más para quienes buscan su acceso: las mujeres, que sujetas a los servicios de atención a la salud, generan una serie de significaciones cuando interrumpen un embarazo. Estas significaciones convergen con la significación previa, haciendo una suerte de negociación con la nueva experiencia que está por venir. Además de las propias nociones, coexisten las percepciones que los prestadores de salud tienen acerca

del tema “aborto”, “ILE”, que tienen impacto en la ejecución del programa, creado para brindar atención específica a este sector de atención.

Tras la despenalización, una serie de fenómenos interesantes ocurrían en torno al tema; clínicas que anteriormente operaban de manera clandestina, surgían para brindar la atención de forma legalizada. Así, fue como empezaron a operar las clínicas de ILE, públicas y privadas, logrando ese gran paso en pro del ejercicio de los derechos sexuales, el acceso a la salud y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, que tenía como principal objetivo dejar de exponer a las mujeres a riesgos innecesarios al recurrir a procedimientos en condiciones que pudieran poner en riesgo su salud.

Esta misión unía los esfuerzos del sector salud, activistas por los derechos sexuales y reproductivos, que en su mayoría son representantes de ONG’s, y de quienes ejecutan las leyes. Estadísticamente, las cifras por muerte materna asociada al aborto clandestino disminuyeron dramáticamente, el acceso en las clínicas gratuitas aumentaba, lo cual hablaba del éxito que estaba teniendo la ejecución del programa de ILE, los datos cualitativos en esta población, comenzaban a surgir.

En la presente investigación es de suma importancia el abordar el tema desde las Ciencias Sociomédicas, tejiendo este puente entre lo cualitativo y lo cuantitativo. Se hace un ejercicio por vincular los datos sociodemográficos y epidemiológicos de las mujeres que acceden a la ILE, resaltando los sentidos que enmarcan su andar en un cúmulo de concatenaciones que pueden ser tejidas por medio del enfoque biocultural y la antropología médica crítica. El modelo biocultural nos permite analizar la relación entre los determinantes bioculturales de salud vinculados a la complejidad de los codeterminantes sociales de la salud inmersos en el proceso del embarazo no deseado y su resolución vía ILE.

La antropología médica desde un enfoque biocultural puede integrar las disciplinas tanto sociales como biomédicas, el ser humano no sólo es cultura, lenguaje o

sistemas sociales, éstos son posibles a través de la biología humana. La llave para entender cómo los humanos mantienen y buscan la salud no sólo debe ser abordada desde enfoques sociales o culturales, es fundamental aproximarse al enfoque biocultural para ver la salud y la enfermedad como productos del comportamiento y la propia biología. La interacción biocultural existe y es importante reflexionar sobre sus efectos, esta relación delinea muchos procesos de salud-enfermedad, donde la relación de los elementos socioculturales impacta fuertemente la biología humana.

El puente entre la biología y la cultura que brinda el enfoque biocultural también es empleado en el análisis del proceso salud-enfermedad como proceso biocultural, se puede analizar el elemento biomédico y la construcción sociocultural del proceso de enfermedad, se plantea la necesidad de explicitar los puntos de encuentro entre lo biológico, lo social y lo cultural.

Los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de las usuarias que inician su búsqueda al confirmar su embarazo, están enmarcados, en primer lugar por la legalidad prevaleciente en la CDMX, con tiempo límite de ser permitido hasta las doce semanas de gestación, con ello, inicia la cuenta regresiva para llevar a cabo el procedimiento en estos márgenes, en el contexto de la CDMX, la búsqueda se limita a atención pública y privada, mientras que en los estados fuera de la ciudad, la pregunta implica los medios económicos para el traslado; en todos los casos, también se preguntan acerca de la participación de la pareja, las amigas, la familia y una parte muy importante, si laboran o estudian ¿cómo justificaran la ausencia?

Desde el campo del conocimiento de Antropología en Salud, se propuso el empleo del enfoque biocultural y el modelo médico crítico para conocer aquellos aspectos más sensibles, cualitativos que pudieran construir el andamiaje de las decisiones y recursos que van emergiendo en las mujeres durante su trayectoria de atención. La presente investigación es relevante desde el marco de la antropología médica para conocer las percepciones de los prestadores del servicio, dando una mayor

relevancia a la experiencia de las mujeres que acuden a la ILE; partiendo del choque cultural que representa el ámbito médico con las usuarias como sujetos de derecho.

Como parte de la etnografía clínica, se pudo conocer la aplicación de la ILE en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva “Marta Lamas”, del Centro de Salud TIII México España, se reconstruyó el flujograma para la ejecución del protocolo de atención y la serie de decisiones que se van tomando respecto de la interrupción los prestadores del servicio, donde las mujeres van sometándose a los pasos marcados por este sector. Se pudieron conocer los detalles epidemiológicos y sociodemográficos de las mujeres que recurren a interrumpir su embarazo en dicha clínica.

La presente investigación ha sido de vital importancia para destacar el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo, así como la participación del modelo médico hegemónico para la aplicación de la ILE. La relación médico-paciente en este tema se ve envuelta por los constructos sociales que ambos tienen del mismo, acentuado en los prestadores del servicio, que, si bien fueron *sensibilizados*, no todos los participantes contaban con esta experiencia en el trabajo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres atendidas por ellos.

2.5 Objetivos Generales

1. Analizar los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de la ILE, así como, las trayectorias de salud sexual y reproductiva en trece mujeres que accedieron a la ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.
2. Conocer las representaciones sobre la Interrupción Legal del Embarazo en un grupo de mujeres atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

3. Describir las modificaciones de salud sexual y reproductiva adoptadas tras el evento de ILE en un grupo de mujeres atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.
4. Conocer las representaciones sobre la interrupción legal del embarazo, el derecho a decidir que tiene la mujer y los beneficios o no de la implementación del protocolo de ILE que tienen los ejecutores del programa en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México: Médicos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras.

2.6 Objetivos Específicos

Se organizan según objetivos generales en:

- 1.1 Analizar las trayectorias de atención al embarazo no deseado de las mujeres que llevaron a cabo el proceso de ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.
- 1.2 Describir los diferentes puntos de las trayectorias de atención por los que transitan las mujeres que buscan interrumpir su embarazo y son atendidas por el servicio de ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.
- 2.1 Describir las representaciones sobre **cuerpo** que tienen un grupo de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México por el servicio de Interrupción Legal del Embarazo y concluyeron el protocolo de atención.
- 2.2 Describir las representaciones sobre **género** que tienen un grupo de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México por el servicio de Interrupción Legal del Embarazo y concluyeron el protocolo de atención.

2.3 Describir las representaciones sobre **maternidad** que tienen un grupo de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México por el servicio de Interrupción Legal del Embarazo y concluyeron el protocolo de atención.

2.4 Describir las representaciones sobre **aborto** que tienen un grupo de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México por el servicio de Interrupción Legal del Embarazo y concluyeron el protocolo de atención.

2.5 Describir las representaciones sobre **sexualidad** que tienen un grupo de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México por el servicio de Interrupción Legal del Embarazo y concluyeron el protocolo de atención.

3.1 Enunciar las modificaciones al **ejercicio individual de la sexualidad** de algunas mujeres que accedieron a la ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

3.2 Enunciar las modificaciones al **ejercicio individual de la reproducción** de algunas mujeres que accedieron a la ILE en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

4.1. Conocer las representaciones sobre la **interrupción legal del embarazo** que tienen los prestadores del servicio: Médicos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

4.2. Describir la *representación del derecho a decidir* de las mujeres que acceden a la ILE que tienen los prestadores del servicio: Médicos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

4.3. Conocer la percepción que tienen acerca de la *implementación del protocolo* de Interrupción Legal del Embarazo los prestadores del servicio: Médicos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.

2.7 Diseño de investigación y estrategia metodológica

Es estudio es descriptivo analítico y de tipo sincrónico, cuya duración de desarrollo fue de 2016 a 2019. Se aplicó una metodología mixta, que es la combinación de los métodos cuantitativos y cualitativos, Tashakkori y Teddlie (1998, en Uribe, 1999) reconocen que la triangulación de ambos métodos aporta mejores formas de explicación para problemas sociales al contrastar información sociocultural, económico laboral, salud y calidad de vida con otras esferas de la realidad a estudiar. Esta estrategia ofrece evidencias más comprensivas de la realidad de estudio, así como mejores resultados que los que se obtienen desde una sola forma de acercarse a la realidad social, ya sea de forma cualitativa o cuantitativa (Ibidem). Se empleó un diseño descriptivo-explicativo, se describió la interacción de las variables con los actores sociales y se brindó una explicación de cómo y porqué se comportan así. En este caso, el estudio se llevó a cabo en dos fases.

:

Primera Fase: Epidemiología del Centro de Salud TIII México España, donde a través de la revisión de expedientes se obtuvo un perfil base a partir de la información de las mujeres que acudieron a la clínica de enero a diciembre del 2016, para conocer sus características sociodemográficas, económicas y de salud.

Segunda Fase: Etnografía, se recurrió a la observación de los diferentes actores en el campo de desempeño de su actividad, tomando en cuenta las variables a observación directa en la práctica de la atención a médicos, trabajadoras sociales, enfermeras y administrativas. A la par se aplicaron entrevistas semiestructuradas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Fases de la metodológica de investigación

FASE	Etapa	Método	Instrumento	Fecha	Objetivo
Primera	Contexto epidemiológico y sociodemográfico	Análisis de expedientes	Cédula de datos sociodemográficos	Marzo-Junio de 2017	Obtener el perfil epidemiológico y sociodemográfico de las usuarias del servicio de ILE.
Segunda	a) Etnografía	Observación Descripción	Guía de observación Diario de campo	Febrero - Agosto 2017	Realizar observación de la ejecución del protocolo de ILE aplicado en el Centro de Salud TIII México España.
	b) Entrevistas semiestructuradas a las usuarias del servicio	Observación Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Agosto - Octubre 2017	Hacer un primer levantamiento de información con las usuarias y los prestadores del servicio de ILE.
	c) Entrevistas semiestructuradas a los prestadores de servicio	Observación Entrevista	Guía de entrevista semiestructurada	Agosto - Diciembre 2017	Profundizar la recolección de información en aquellos casos que han sido seleccionados para obtener información más profunda acerca del cuerpo, género, sexualidad, derechos, toma de decisiones e Interrupción Legal del Embarazo.

Fuente: Elaboración propia.

2.7.1 Participantes en la investigación

Universo: Son todas las mujeres que presentan embarazos no planeados/deseados.

Población Las mujeres que acuden al Centro de Salud Marta Lamas al Servicio de Interrupción Legal del Embarazo entre enero y diciembre del 2016.

Muestra: De acuerdo al análisis sociodemográfico invitar a participar para aplicar una entrevista semiestructurada a mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

Prestadores de Servicio: Personal que atienda a las mujeres como parte del protocolo de ILE en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva Marta Lamas del Centro de Salud TIII México España.

Selección de participantes: usuarias y prestadores de servicios

Criterios de Inclusión:

- Pacientes del Centro de Salud TIII México España que acuden a solicitar ILE con medicamentos.
 - Entre 14 y 45 años de edad.
 - Tiempo gestación entre 5 y 10 SDG.
 - Cumplan con el protocolo completo de ILE.
 - Hayan sido atendidas entre el 1ro. de enero de 2016 y el 31 de mayo de 2017.
-
- Pacientes del Centro de Salud TIII México España que acuden a solicitar ILE vía AMEU.
 - Entre 14 y 45 años de edad.
 - Tiempo gestación entre 10.1 y 12 SDG.
 - Cumplan con el protocolo completo de ILE.
 - Hayan sido atendidas entre el 1ro. de enero de 2016 y el 31 de mayo de 2017.
-
- Personal que asiste el protocolo: Médicos, trabajadoras sociales enfermeros/as y administrativos.
 - Que tengan una relación laboral estable con el Centro de Salud TIII México España y que hayan ejercido entre el 1ro. de enero de 2016 y el 31 de mayo de 2017.

Criterios de No Inclusión:

- Personal que asiste el protocolo: Médicos, trabajadoras sociales, enfermeros/as.
- Personal que atiende a las mujeres y no se encuentre laborando de manera constante en el servicio y/o centro de salud, puede ser el personal que haga guardias.

Criterios de nulificación:

- Pacientes del Centro de Salud TIII México España que interrumpen con medicamentos.
- Mujeres que hayan iniciado el proceso de entrevistas y por motivos de logística ya no se puedan contactar o no puedan continuar participando.
- Pacientes del Centro de Salud TIII México España que interrumpen vía AMEU.
- Mujeres que hayan iniciado el proceso de entrevistas y por motivos de logística ya no se puedan contactar o no puedan continuar participando.
- Personal que asiste el protocolo: Médicos, trabajadoras sociales, enfermeros/as.
- Personal del Centro de Salud TIII México España que haya iniciado el proceso de entrevistas y que por cuestiones de logística ya no se pueda contactar o decidan no continuar con la entrevista.

Usuaris y prestadores de servicios

En la fase de entrevistas, participaron 13 mujeres entre los 20 y 38 años de edad, cuatro de ellas tienen hijos nacidos vivos, siete de ellas han tenido abortos en otros momentos de su trayectoria reproductiva. La mayoría de las mujeres son solteras, una de ellas casada, otra vive en unión libre y una manifiesta ser casada. Seis de ellas eran estudiantes al momento de la entrevista, cinco de nivel licenciatura y una de nivel maestría; seis mujeres más, manifiestan dedicarse a trabajar y solo una mencionó dedicarse al hogar. En lo referente a las semanas de gestación, oscilan entre las 4 y las 8 SG. En el Cuadro 2, se presenta la información de las participantes entrevistadas; se emplean seudónimos para salvar guardar identidad.

Cuadro 2. Mujeres que participaron en las entrevistas

Seudónimo	Edad	SDG	# Hijos	Abortos	Estado Civil	Ocupación actual	Escolaridad
Sonia	32	6	0	0	soltera	Empleada Admin.	Ingeniería
Rosa	34	5	0	0	soltera	Docente	Licenciatura
Tatiana	20	8	0	0	soltera	Estudiante	Licenciatura
Vania	25	5	0	0	Soltera	Estudiante	Licenciatura
Nuria	31	7	0	2	soltera	Estudiante Maestría	Licenciatura
Rebeca	30	5	0	1	soltera	Estudiante	Licenciatura
Eloísa	27	6	0	1	soltera	Estudiante	Licenciatura
Martina	25	8	0	1	Soltera	Empleada Cafetería	Preparatoria
Esperanza	27	4	1	1	soltera	Comerciante	Preparatoria
Karina	37	8	2	2	separada	Hogar	Preparatoria
Verónica	38	8	1	2	unión libre	Empleada	Maestría
Laura	26	6	1	0	casada	Empleada Admin.	Licenciatura
Daniela	25	8	0	0	soltera	Estudiante	Licenciatura

Fuente: Elaboración propia con datos de las participantes entrevistadas

Por parte de los prestadores del servicio que laboran en la Clínica “Marta Lamas” y que decidieron colaborar en la investigación a través de una entrevista, fueron 11 quienes se entrevistaron para poder conocer las percepciones que tienen acerca del servicio, de las mujeres que acceden a la ILE y del derecho a decidir. Fueron entrevistados 4 médicos, 3 enfermeras y 1 enfermero, 1 trabajadora social y 2 administrativas. De todo el personal que labora de manera constante en el servicio, sólo se presentó una resistencia a entrevista por parte de una trabajadora social y de dos médicos que rotan de manera constante por el servicio. En el siguiente cuadro se pueden apreciar las características principales de los servidores que decidieron participar en la etapa de entrevistas.

Cuadro 3. Prestadores de servicios ILE entrevistados

Seudónimo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Religión	Tiempo en la CSR-ML	Áreas de Experiencia
Dr. Emilio	70	Casado	Especialista Ginecología	Católica	6 años	SSyR
Dr. Castillo	59	Soltero	Especialista Ginecología	Católica	5 meses	SSyR
Dr. Francisco	55	Casado	Especialista en Cirugía gastrointestinal	Católica	6 años	Cirugía gastrointestinal
Dr. Vázquez	70	Casado	Especialista en Ginecología	Ninguna	6 años	SSyR
Lic. María	60	Soltera	Licenciada en Enfermería	Católica	8 años	SSyR
Enfermero Pedro	28	Soltero	Doctorante C. Médicas	Mormón	1 año	SSyR
Lic. Lorena	26	Unión Libre	Licenciada en Enfermería	Católica	6 años	SSyR
Laura	38	Casada	Mtra. En Enfermería	Católica	6 meses	Cirugía
Adriana	50	Viuda	Trabajo Social	Católica	6 años	Administración
Karina	35	Soltera	Bachillerato	Católica	1 año	Servicios de salud Admon
Ana	45	Soltera	Licenciada en Administración	Católica	2 años	Administrativa en SS

Fuente: Elaboración propia con datos de los prestadores del servicio entrevistados.

2.7.2 Técnicas, instrumentos y análisis de datos

Como se señala en el cuadro 1, cada uno de los momentos de investigación tuvo su técnica e instrumento particular. En la primera fase, donde se construyó el contexto sociodemográfico y epidemiológico de la población, se llevó a cabo a través del análisis de expedientes, donde se elaboró previamente una cédula de datos sociodemográficos (Anexo 2). Este instrumento de recolección de datos, se enfocó en recabar la edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, situación laboral, semanas de gestación, número de hijos y embarazos previos.

Para llevar a cabo la primera etapa de la segunda fase (de carácter cualitativo), se realizó la guía de observación (Anexo 2), mientras que para la segunda etapa de

este segundo momento de investigación, se construyeron los formatos de entrevista, tanto para usuarias del servicio (Anexo 4), como para el personal de salud que colabora en el protocolo de atención (Anexo 5); tanto para la participación voluntaria de las usuarias del servicio participantes en la fase segunda fase, como para los prestadores de servicio participantes se elaboró el formato de consentimiento informado (Anexo 6).

Los datos sociodemográficos se analizaron en SPSS organizados por edad, estado civil, religión, ocupación, semana de gestación, etc. Las entrevistas tanto de los prestadores de servicio como de las mujeres se organizaron de acuerdo a las categorías de análisis.

2.7.3 Estrategias de Investigación

Conseguir el ingreso a campo en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud TIII no fue una tarea sencilla, requirió tiempo y tocar varias puertas hasta lograrlo. Como primer paso fue el acercamiento con el Centro de Salud, donde se solicitaron los requerimientos para poder ingresar como investigadora a la clínica de salud sexual a través de la presentación del proyecto con la entonces coordinadora de la misma, nos explicó que dicho proceso se tenía que hacer ante la Dirección de Enseñanza de la Ciudad de México. Es importante destacar que, al carecer el Centro de Salud de un área de enseñanza, las investigaciones tienen que ser arbitradas directamente en la Secretaría de Salud. Este nuevo proceso llevó a que la aceptación del protocolo tomara alrededor de un año desde que presentamos la carta de intención hasta el visto bueno y la liberación del número de investigación, con el cual pude ingresar al trabajo de campo. Una vez dentro del Centro de Salud se realizó la investigación por las fases antes comentadas en el cuadro 1.

2.7.4 Implicación Ética

De acuerdo al protocolo ético que rige la investigación, los participantes en el estudio, principalmente las mujeres que accedan a la entrevista en profundidad tendrán como derecho estar informadas de los objetivos del estudio, podrán realizar todas las dudas que tengan, se les responderán con toda la veracidad, y si desean o no continuar en el estudio podrán renunciar en el momento que ellas decidan, también en caso de no querer responder una pregunta podrán señalarlo para que ésta sea omitida.

Para lo anterior leerán y en caso de decidir participar firmarán el consentimiento informado, donde se estipulan los tiempos de entrevista, el uso de la información, manejo del anonimato, todo en los marcos de respeto y derechos humanos. Dado el tema de investigación, el compromiso ético es mayor, desde el manejo del tema, considerando la reflexión bioética que conlleva, hasta el manejo de la información, tanto de las entrevistas de las usuarias como de las entrevistas con el personal de salud; asimismo del acceso de los datos de expedientes. Es decir, toda la información y su manejo será confidencial será tratada bajo los márgenes de la investigación con humanos por ende la protección de los datos personales y el manejo de expediente.

2.7.5 Compromiso Social

La Interrupción Legal del Embarazo es un tema actual, aparentemente novedoso, sin embargo, el tema del aborto ha acompañado a las mujeres en sociedades antiguas y contemporáneas; hoy, en nuestro país existe un movimiento de coyuntura social que pretende la despenalización del aborto en todo el territorio nacional, lo que logra que se ponga en el foco de las discusiones sociales y vaya permeando en la sociedad.

Actualmente, se dice que este movimiento aporta a la desestigmatización del aborto en diferentes conjuntos sociales, permite que se hable más del mismo y se reflexione acerca del papel de este en la vida de las mujeres, al abrir el acceso de las mismas a éste.

En los últimos informes, se expone que a la fecha no se ha reportado ninguna muerte por complicación en el procedimiento, lo que pone a la vanguardia a la Ciudad de México en términos de eliminación de la muerte materna por abortos mal practicados. Se habla de que todas las mujeres que han recurrido a la ILE han salido vivas, satisfechas y en un porcentaje importante con algún método anticonceptivo. No obstante, se omite la parte subjetiva de la experiencia, no hablan del impacto en la vida de las mujeres a nivel de representación y de prácticas. No saben qué significó para la mujer, qué cosas cambiaron para ella después de la interrupción y cómo convive con la experiencia de aborto.

La presente investigación tiene el compromiso social de conocer de qué manera influyen en la representación del aborto de las mujeres, las percepciones de los prestadores del servicio, el trato que reciben en las clínicas; así como el resultado de la interacción que existe entre ambos actores sociales. Se pretende que esta investigación abone a las discusiones en torno de la despenalización del aborto en todo el territorio nacional a la vez que pueda aportar para la mejora del servicio de ILE.

CAPÍTULO 3

El enfoque biocultural aplicado a la interrupción legal del embarazo, una mirada desde la antropología en salud

El presente capítulo comienza con las preocupaciones de la antropología médica desde diferentes modelos, resaltando sus principales autores: Kleinman, Singer y Menéndez. Posteriormente, se profundiza en el modelo biocultural para dar cuenta de la ILE desde los cinco componentes que lo integran; sumando la teoría del género para analizar el componente de los discursos socializantes en los que se han construido las mujeres que acceden a dicho procedimiento.

3.1 Principales ejes de la Antropología en Salud

En el campo de la antropología médica se estudian las problemáticas de salud, así como los recursos de atención a los cuales, los sujetos tienen acceso, sus profesionales se han encargado de dar cuenta de toda una serie de procesos estructurales que afectan las condiciones de salud-enfermedad, así como de la significación cultural de los padecimientos (Barragán, 2011). El proceso salud-enfermedad se vuelve un objeto de estudio antropológico que parte de la biología y se construye en el estado de bienestar-malestar de los individuos.

“Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurantes en todo sistema y en todo conjunto social y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994:71).

Menéndez (1994), propone analizar los procesos de salud-enfermedad-atención (s/e/a) a través del estudio de los modelos que propone, a partir de retomar a Fábrega, éstos son: El modelo médico hegemónico, el modelo médico subordinado alternativo y el modelo de autoatención. Los modelos son construcciones teórico-metodológicas con un determinado nivel de abstracción que posibilitan aprehender desde un *enfoque relacional y dinámico* los procesos de producción, funcionamiento y organización de saberes teóricos-técnicos, ideológicos y socioeconómicos que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas, las instituciones respecto de los procesos de s/e/a, en contextos históricamente determinados (Osorio, 2001).

En la búsqueda del restablecimiento de la salud, los individuos generan una serie de alternativas provistas desde su cultura que les permiten tomar decisiones respecto de la manera en que abordaran aquello que interpretan como malestar corporal, llevándolos a buscar una solución. Este andamiaje entre saberes se conoce como *trayectoria de atención*.

La *carrera curativa o trayectoria de atención* es la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación como a las instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos, los curadores y los consejeros (Osorio 2001:40).

La carrera del enfermo deriva del concepto de “carrera moral” de Goffman, develada en su estudio sobre pacientes con trastornos mentales, la plantea como: “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida; la perspectiva adoptada es la de la historia natural, se desatienden los resultados singulares para atenderse a los cambios básicos y comunes que se operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros” (Goffman 1988:133 en Osorio 2001:40).

Osorio (2001) afirma que se debe considerar en la reconstrucción de la trayectoria, las diversas estructuras a las que se recurre, la explicación de porque se hace de una forma y no de otra tiene que ver con la estructura de significado, la vivencia o la experiencia que el propio individuo atribuye a su malestar.

Relacionado a la trayectoria de atención, también se pueden reconstruir los itinerarios terapéuticos, que se definen como la secuencia de actividades emprendidas en el proceso de búsqueda y resolución del padecimiento por parte de

los propios actores sociales, constituyendo un indicador de los recursos utilizados (Kleinman y Psordas, 1996 en Alarcón y Vidal, 2005). Asimismo, permiten comprender los discursos y prácticas expresados en diferentes lógicas y prácticas.

En el entramado de la trayectoria de atención e itinerarios terapéuticos, podemos relacionarlos con eventos de la biografía y relaciones que construyen los sujetos, de tal manera que es posible hablar de las trayectorias reproductivas. Las trayectorias reproductivas están tejidas por el entramado de relaciones sociales que convergen en la vida de las mujeres. Se conjugan con elementos cotidianos y significativos del día a día de quien las vive, y convergen con eventos significativos de la sexualidad.

Es un devenir en permanente construcción y reconstrucción relacionado con un los eventos reproductivos y eventos de la sexualidad humana. La trayectoria reproductiva, permite el registro de la reproducción como un proceso longitudinal en el que se asocian los eventos gestacionales con la edad (Elder, 1987 en Bringas, 2013). En los procesos de salud/enfermedad/ atención, se encuentra el proceso de embarazo dentro del mismo, no patologizándolo, sino problematizándolo desde este abordaje.

Para Kleinman (1974) la trayectoria de enfermedad genera intervenciones específicas de tratamiento constituyéndose tanto la experiencia de enfermedad como la de curar. Indica que los individuos en las diferentes culturas han aprendido a percibir, a sentir y a jugar el rol del enfermo, así como a conocer la estructura jerárquica de las necesidades de salud; los valores y expectativas que crean los sistemas médicos.

Dicho autor propone el análisis del proceso enfermante como una construcción en la experiencia de quien lo vive, relacionando el lado biológico, subjetivo y social de la enfermedad. Integra los conceptos de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*). *Disease* se refiere a la dimensión 'biológica' de la

enfermedad, es decir, el mal funcionamiento o la alteración de órganos y/o sistemas, es decir, es la perspectiva médica de la enfermedad; *illness* es la percepción y la experiencia de la enfermedad, el sujeto enfermo percibe y expresa su malestar, el padecimiento es una construcción que parte de la interpretación de una sintomatología sentida e interpretada por el sujeto; finalmente, *sickness* se refiere a integración de la enfermedad y el padecimiento (biológico-subjetivo), dando cuenta de la dimensión social y cultural del padecer (Kleinman, 1988).

Para la reconstrucción de las trayectorias de atención, se puede recurrir a la construcción de los relatos de sus vivencias sobre la atención, en este caso, con las mujeres que hayan vivido la interrupción legal del embarazo. Algunos autores integran esta acción metodológica llamándola narrativa. La narrativa es un proceso activo y constructivo que depende de recursos personales y culturales. Las narrativas son medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento de los semejantes, al propiciar contextos para la comprensión de los que no se ha experimentado personalmente. El análisis de los testimonios o la reconstrucción de las narrativas nos permite abordar la subjetividad desde un trabajo antropológico nos permite explicar las acciones de los sujetos sociales en el entramado de sentidos y significados abordados desde su contexto (Hamui, 2011).

Los discursos narrativos, permiten enfocar a la persona y su particular experiencia de la enfermedad, nos lleva a colocar al ser humano en el centro, con sus aflicciones, sufrimientos y luchas en las dimensiones psicológica, física y socioculturalmente. Llevar a los sujetos a su propia experiencia de enfermar y una vez colocados en ese sitio se puede hacer la distinción de enfermedad y padecimiento. Las historias del padecer se pueden organizar en tres fases: el caos, la búsqueda y la restitución, el primero cuando irrumpe la enfermedad, el segundo cuando se trata de explicar el cambio y el tercero cuando se intenta restablecer el equilibrio perdido.

En este sentido, la reconstrucción de la trayectoria de atención apela a la visión *emic* del sujeto, es decir, desde su propia experiencia, percepción e interpretación. Para el análisis de la ILE como un proceso biocultural, es importante considerar los testimonios de atención y la experiencia vivida a lo largo del proceso. Los modelos explicativos y las trayectorias de atención son factibles de integrarse en el modelo biocultural aplicado a la antropología en salud para analizar la relación de todos los elementos en la problemática específica de los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de mujeres que han interrumpido voluntariamente su gestación en los marcos de la ILE.

Para analizar el proceso de salud-enfermedad, atención-desatención se requiere comprender e incorporar las diferentes esferas en las que se encuentra inmerso el ser humano. Hablamos de los procesos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, incluso los macroeconómicos que contextualizan el ciclo de vida de cada sujeto en un espacio y tiempo determinado. De tal manera que es menester de la Antropología cuando se aplica al área de la salud el poder integrar, incorporar y cuestionar todos los elementos, para entonces brindar un análisis/explicación del propio fenómeno que se encuentre pormenorizando.

Para Peña (2012) el proceso salud-enfermedad no puede ser el objeto de estudio de una sola disciplina antropológica, debería ser resultado de varias de ellas, abriendo la posibilidad de integrar enfoques intra e inter disciplinarios hacia su verdadera complejidad, además de nutrirse de otros campos de la ciencia que aporten al fenómeno de estudio. De tal manera que el campo disciplinario de *antropología en salud* tendría que estar construido con los aportes de diferentes disciplinas antropológicas en un diálogo con las ciencias médicas y de la salud “es una antropología aplicada para la atención de los problemas de salud” (Peña, 2012).

La inmersión de la antropología en las ciencias de la salud no ha sido una tarea sencilla, por su tradición culturalista, con un reconocimiento desde el área social se le ha complejizado el abrir camino en pro de la colaboración a las problemáticas de orden “biológico”. El proceso histórico de la antropología aplicada a la salud se

encuentra vestido por propuestas que han abierto camino al trabajo que hoy los antropólogos podemos hacer desde este nicho.

Para fines explicativos de esta investigación, se retoman los Modelos Médicos de Menéndez para analizar cómo las características del modelo médico hegemónico impactan en la relación de las usuarias del servicio y los profesionales de la salud, aunado a lo anterior, la medicación del cuerpo femenino se encuentra legitimado a través de este modelo para la resolución de los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La medicina denominada científica, incluida en el modelo médico hegemónico, constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad/atención. Dentro de esta medicina, se da una relación entre actores que generan una serie de transacciones relativas o lo que a ambos les atañe, un padecimiento. A esto le llamaremos relación médico-paciente, dónde en el modelo médico hegemónico se da desde un uso y abuso del poder con serios malentendidos entre ambos.

La relación médico-paciente está cruzada por las formas de dominación hegemónica. El sistema hegemónico es una realidad histórica cuyos elementos constitutivos están ordenados en una vinculación particular, extendida especialmente en un territorio de límites definidos en los que coexisten una unidad lingüística, cultural y económica, cuyo factor de cohesión es el poder político, siendo así, la hegemonía el proceso de organización capaz de articular distintos niveles de la praxis (Menéndez, 2004).

Los conceptos de hegemonía/subalternidad reconocen la existencia de desigualdades socioeconómicas, pero también de diferencias culturales que permean las relaciones entre actores; en estos procesos que parecieran ajenos al sujeto, busca los medios para atender los problemas de salud que le atañen por

tanto su búsqueda y acción está permeada por un sistema de salud cruzado por la operación interna a través de dicha dicotomía relacional (Menéndez, 1990).

Las relaciones de hegemonía/subalternidad subyacen en la relación médico-paciente, en las distintas formas de expresarse a través de la consulta médica. El choque de la cultura médica con el mundo del paciente, es una prueba de este contraste en las relaciones que se construyen entre estos actores; se destaca que el paciente es quien debe adaptarse en su totalidad al sistema médico, quedando en una relación enmarcada desde la verticalidad.

Para el caso de la ILE, el procedimiento es llevado a cabo en instancias médicas, dónde el proceso salud-enfermedad-atención es atendido, gestionado, normativizado y en casos como este ejecutado desde protocolos médico-legales. Desde la antropología en salud se sabe que la búsqueda de la salud conlleva a significaciones y acciones derivadas de las propias nociones de los sujetos, la búsqueda de atención pone en juego una serie de recursos sociales, económicos, personales, emocionales y subjetivos de los sujetos.

La visión antropológica del proceso salud-enfermedad destaca la forma en que la sociedad ha respondido a la enfermedad y las dolencias. Como los sujetos con algún padecer tomar decisiones de atención o desatención de sus síntomas. Afirma Lupton, (2003) que sin esta perspectiva parecería que las creencias y comportamientos de las personas en materia de salud son inexplicables e irracionales. Las personas dependen de las estructuras cognitivas para organizar su comportamiento y tomar sus decisiones. Los sujetos interpretan sus síntomas y toman decisiones acerca de su proceso de cura (Kleinman, 1988). En el desarrollo de la antropología médica, Good (1994), Scheper-Hughes (1986) y Menéndez (2009) prestaron especial atención a la perspectiva de los sujetos y la experiencia del padecimiento (Bru, 2016).

Good (1994 en Bru, 2016) relata cómo algunas de las características del sentido cotidiano se ven interrumpidas por el padecer, donde se transforma el sentido de la realidad y se gesta la sensación de que el mundo se deconstruye y transforma. El padecer irrumpe en el cuerpo y se vuelve parte del sujeto, a la vez que escapa del ámbito del dominio del sí mismo. Cuando las actividades médicas dominan la vida de los sujetos, en pro de recuperar su salud, reemplazan las actividades que realizaba hasta entonces y el mundo de las clínicas, las terapias y las obras sociales comienzan a modelar su vida cotidiana.

Scheper-Hughes (1986) aborda la experiencia del padecimiento como el conjunto de procesos que producen y reproducen los sujetos con padecer a lo largo de su vida. Es el modo en que los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos y sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos y una serie de eventos derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean.

En el proceso salud-enfermedad-atención se encuentran volcadas todas las emociones de los sujetos, derivadas de las significaciones propias, el mundo subjetivo de los sujetos de cuerpo a las acciones. La búsqueda de sentido y resolución del problema se conecta con el mundo íntimo y práctico del sujeto, de la familia, de la pareja en un contexto específico a donde tiene acceso a medios particulares de atención. La vivencia de una enfermedad trae consigo transformaciones en la vida de los enfermos y sus familias. Para conocer el sistema de significados, Kleinman (1988) distingue cuatro tipos de significado:

1) *Símbolos de los síntomas*. Existe una interpretación del estado biológico del cuerpo y se asocia a significados planteados en su entorno cultural. Las concepciones del padecer están basadas en la integración del estado físico, el entorno social y el orden sociopolítico.

2) *Significación cultural como significado (importancia cultural en el significado)*. Los síntomas y sus categorías tienen un poder cultural significativo. Es decir, son interpretados de acuerdo a la cultura, cobran significado en un tiempo y espacio determinado. Dependen de un conocimiento local del cuerpo y sus patologías.

3) *Significado personal e interpersonal*. La enfermedad tendrá un impacto en la vida y manera de ver y vivir el mundo de quien lo padece. Su impacto en primera instancia es personal (en su mundo), en segundo lugar (su vida familiar y social).

4) *Los modelos explicativos de los pacientes y la familia (explicación y emoción como significado)*. Los padecimientos crónicos encierran una serie de emociones y efectos psicológicos en quienes los viven.

3.2 El enfoque biocultural en Antropología en salud

El *enfoque biocultural* retoma la base teórica desde la ecología cultural, derivada de la neoevolucionismo cultural con base fenomenológica. Aplicado a la antropología en salud pretende problematizar y comprender la complejidad de los componentes y codeterminantes de los procesos a investigar y analiza cómo estos interaccionan entre las poblaciones, generan particulares condiciones de vida, adaptaciones diferencias y deterioros o ventajas a la salud, trata de dar una explicación integral y dinámica de dichos procesos bioculturales (Peña, 2012).

El paradigma biocultural ha jugado un rol central en el desarrollo de la antropología médica (McEloy, 1990:247). Este autor plantea dos principales modelos de abordaje desde los estudios bioculturales, uno donde se enfatizan los elementos biológicos, se relacionan con la cultura y con el ambiente pero se destaca el impacto de la cultura y el ambiente en la biología humana, el otro modelo propuesto por Mc Eloy se preocupa por dar cuenta de la relación entre los datos socioculturales, biológicos

y ambientales, donde la interacción de estos elementos es el producto del análisis biocultural (McEloy, 1990:251 y 252).

Un estudio biocultural es definido como una investigación sobre cuestiones de la biología humana y ecología médica que incluye elementos sociales, culturales y variables del comportamiento en el diseño de investigación. Plantea como principales conceptos bioculturales la cultura, la adaptación y la estrategia adaptativa (Ibidem).

La antropología médica desde un enfoque biocultural puede integrar las disciplinas tanto sociales como biomédicas, se afirma que el ser humano no sólo es cultura, lenguaje o sistemas sociales, éstos son posibles a través de la biología humana, a través del extraordinario código genético y del cerebro humano. La llave para entender cómo los humanos mantienen y buscan la salud no sólo debe ser abordada desde enfoques sociales o culturales, es fundamental aproximarse al enfoque biocultural para ver la salud y la enfermedad como productos del comportamiento y la propia biología (Landry, 1990). La interacción biocultural existe y es importante reflexionar sobre sus efectos, esta relación delinea muchos procesos de salud-enfermedad, donde la relación de los elementos socioculturales impacta fuertemente la biología humana (Emoke y Ferrel, 1990).

Las transacciones que lleva a cabo el sujeto para sobrevivir deben verse en los términos del conjunto de relaciones que existen entre el desarrollo de la sociedad y el desarrollo del soma humano. Si reconocemos que tanto el desarrollo de la sociedad como el de los seres vivos responden a legalidades específicas, debemos reconocer asimismo que existe una legalidad particular que rige las relaciones entre la sociedad y lo genético, lo fisiológico, morfoestructural y psíquico del hombre (Dickinson y Murguía, 1982:59), donde el nivel social enmarca y logra modificaciones en los niveles fisiológicos y psíquicos.

El puente entre la biología y la cultura que brinda el enfoque biocultural también es empleado en el análisis del proceso salud-enfermedad como proceso biocultural, se puede analizar el elemento biomédico y la construcción sociocultural del proceso de enfermedad, sin embargo se plantea la necesidad de explicitar los puntos de encuentro entre lo biológico, lo social y lo cultural “Dentro de un proceso existen conjuntos o fases sucesivas de fenómenos tanto biológicos como sociales y culturales que en su interacción contextual se engranan y requieren de un manejo interdisciplinario, por ejemplo los procesos de alimentación-nutrición, salud-enfermedad y sexo-sexualidad” (Peña, 2012:41).

El proceso salud-enfermedad, atención-desatención son una serie de interacciones y de determinantes multicausales que hacen posible acceder a su estudio a partir de los modos de vida y estilos de vida, relacionándolos con factores ecológicos, biológicos, demográficos y de organización socio-económica (Frenk, 199, apud Peña, 2012:66).

Como parte de los modos de vida, se encuentran los determinantes sociales de salud, que la OMS (1978) define como los cambios macroeconómicos, macropolíticos, sociales, demográficos y ambientales, la tecnología y la educación, siendo factores importantes que repercuten en la salud, además de la propia biología humana. Para Uribe, et. al (2013), son las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencia sobre el proceso salud/enfermedad.

La salud y la enfermedad guardan estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en el que transcurre la existencia de las poblaciones, las características del entorno ambiental, los estilos de vida y los riesgos de sus integrantes (Figuerola y Campbell, 2014).

A través del enfoque biocultural, los determinantes sociales de la salud se relacionan con la satisfacción-insatisfacción de necesidades humanas, con las

condiciones de vida y estrategias de supervivencia que permean el estado de salud del individuo. La satisfacción-insatisfacción de necesidades conecta eventos fisiológicos con elementos culturales (Peña, 2012), dando pie a los codeterminantes bioculturales de la salud. En la cadena de satisfactores básicos se encuentran la alimentación, mantener la salud y la reproducción biológica, vivienda con espacios adecuados al tamaño de la familia, socialización y educación básica, información, recreación y cultura, vestido, calzado y cuidado personal; transporte público y comunicaciones básicas, menciona Peña (2012).

La calidad de vida en el ciclo vital de los seres humanos está ligada a la satisfacción-insatisfacción de necesidades, donde es necesario ir cumpliendo las necesidades básicas y posteriormente las necesidades sociales como autosatisfacción, trabajo y formación de pareja y familia. La vivencia de la sexualidad se encuentra entre las necesidades biológicas básicas pero cruzada con las necesidades sociales, es un puente muy claro entre lo biológico y lo social. El ejercicio de la sexualidad está cruzado por los discursos sociales sexualizantes que permean su práctica.

Los discursos sexualizantes de nuestra sociedad son un cúmulo de conocimientos, simbolizaciones, representaciones que generan un sentido y significado a la sexualidad, su ejercicio y práctica; son una herencia histórica y sociocultural que se va modificando conforme el contexto social cambia, donde las instituciones son las encargadas de reproducirlos, transmitirlos y hacerlos presentes en el colectivo y el individuo (Peña, 2015).

Los sistemas sexo-género son representaciones culturales, con un fuerte componente arbitrario, que responden a relaciones históricas y sociales, de poder y de control social, que no derivan únicamente de la “naturaleza” sexual de los seres humanos. De tal manera que la categoría género se deriva de una construcción sociocultural de los individuos que suele estar relacionada con características biológicas de los seres humanos.

3.3. La interrupción legal del embarazo como proceso biocultural

El proceso salud-enfermedad se encuentra vinculado con factores bioculturales que interaccionan para que los sujetos se mantengan o se alejen de un estado de bienestar, en todos los casos, factores que están fuera de su absoluta elección, sino que responden a variables contextuales desde lo geográfico hasta lo experiencial, pasando por lo laboral, económico y sociopolítico.

La interacción de estos elementos es factible de análisis a través de la clasificación de los mismos en cinco componentes propuestos por Peña (2012), estos son: 1) Espacial poblacional, 2) Recursos para la salud, 3) Productos materiales de la cultura, 4) Prácticas y Representaciones; y 5) Biología humana.

- 1) Espacial Poblacional: Características ecológicas de la región y lugar de estudio, historia y estructura de la población.
- 2) Recursos para la salud: Identificación de los recursos sociales y culturales (públicos, privados, comunitarios y familiares); densidad de los recursos para la salud; acceso a los recursos de salud; condiciones y calidad de vida de la población.
- 3) Productos materiales de la cultura: Sistemas de atención que se encuentran accesibles a la población; tecnología para la atención de los problemas a la salud y procuración de los mecanismos de atención.
- 4) Productos ideológicos de la cultura: Sistema de creencias y representaciones sobre la salud, enfermedad, el poder y los problemas de salud.; percepción del cuerpo, el papel de la salud y la enfermedad.
- 5) Biología humana y salud enfermedad: Percepción dinámica del cuerpo en cuanto a afectaciones de la salud; susceptibilidad o resistencia a enfermedades; particularidades biológicas, cambios en la dieta y riesgo para la salud.

A continuación, en la Figura 1 se presenta un modelo que involucra los elementos mencionados en el presente protocolo:

Figura 1: Componentes básicos del enfoque biocultural

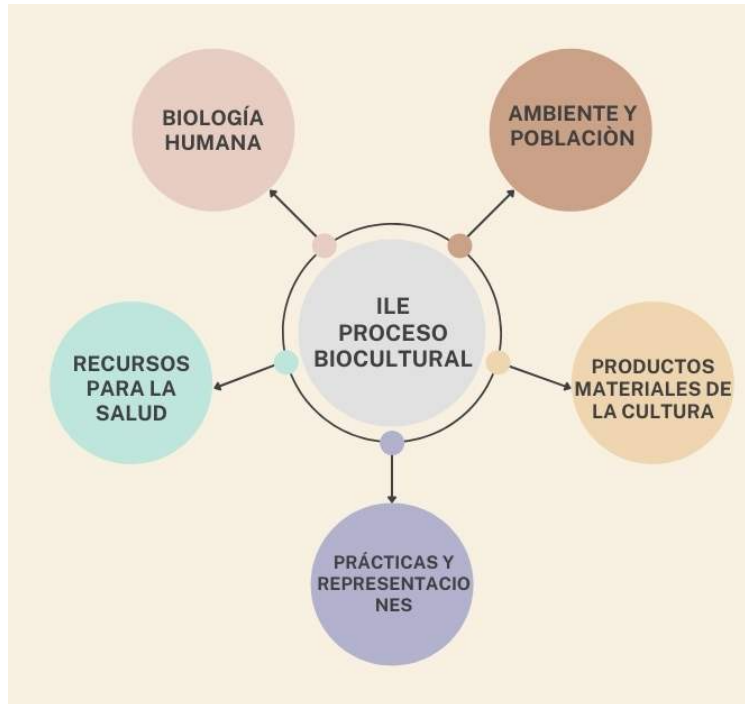


Figura 1. Fuente: Elaboración propia, basado en Peña 2012:109.

3.3.1 Componentes bioculturales de la Interrupción Legal del Embarazo

La ILE es la interrupción voluntaria del embarazo, sin una necesidad de causal legal y sin alguna sanción de orden legal, antes de las doce semanas de gestación. Al momento de la presente investigación, el aborto bajo los términos mencionados, solo era posible en la Ciudad de México, posteriormente ha sido despenalizado en otros estados de la República Mexicana.

Lo anterior, constituye una de las principales reflexiones al pensar la despenalización del aborto como un tema de justicia social, los datos nos hablan de la necesidad de que estos cambios legales ocurran en otras partes del territorio

nacional, al estar centralizado, pocas son las mujeres que realmente pueden estar accediendo a la ILE bajo esta modalidad, puesto que, las que acuden a las clínicas son las mujeres que radican en la Ciudad de México o área metropolitana, con sus excepciones, sin embargo, el grueso de la población usuaria tiene este perfil.

Sumado al acceso a la ILE, la interacción de los componentes bioculturales macro, meso y micro, detallan la manera en que las mujeres dentro de un contexto social tienen ciertos márgenes de acción para el ejercicio de su sexualidad y a la vez una búsqueda desde su agencia que, al presentar un embarazo no planeado, se despliega aquello que ellas logran posicionar como una decisión, la cuál es un punto de arranque a una serie de pasos hasta realizar la ILE.

La construcción de su identidad y sus vivencias particulares de expresión y ejecución de su ejercicio sexual, guían su andar en las trayectorias de atención, considerando la probabilidad de que existan cambios en su ejercicio sexual y reproductivo posterior a ser usuaria del proceso de ILE en el Centro de Salud. A continuación, se presenta en el siguiente cuadro el desglose de elementos que integran cada componente (Cuadro 4).

Cuadro 4: Elementos relacionados con los componentes del embarazo no deseado y resuelto vía interrupción voluntaria del embarazo

Componente	Elementos
Ambiente y Población (Espacio)	Índices de Interrupción Legal del Embarazo Características sociodemográficas de las mujeres que han interrumpido voluntariamente su embarazo Centro de Salud TIII México España
Recursos para la salud	Convenios internacionales que ha firmado México relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva Programas de Salud Sexual y Reproductiva Índices de Natalidad, Mortalidad Materno-Infantil Específicamente clínicas en donde se cuenta con el servicio de ILE Lineamientos de ILE Lineamientos de acceso de los servicios de información sobre métodos anticonceptivos Acceso a los servicios de ILE en el DF

Productos materiales de la cultura	Clínicas de ILE Asociaciones pro-elección Asociaciones pro-vida Lineamientos jurídicos de la despenalización del aborto en el DF
Productos ideológicos de la cultura:	Discursos que sostiene tanto a los grupos pro-vida como a los pro-elección Discursos que atraviesan a las mujeres en busca de una Interrupción Voluntaria de la Gestación Discursos médicos en torno a la ILE Discursos psicológicos sobre la ILE Discursos sociales sobre la ILE Sistema de creencias de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo Representaciones del cuerpo, género y salud sexual de las mujeres en busca de una ILE Hábitos sexuales de las usuarias
Biología Humana	Características biológicas de embarazo, semanas de gestación hasta las cuales es permitido y posibles complicaciones Cuidados posteriores a la ILE Riesgo biológico de la gestación ILE y relación con muerte materna por complicaciones del procedimiento

Fuente: Elaboración propia adecuado de Peña, 2012: 109.

A continuación Figura 2 se presenta un modelo que involucra los elementos mencionados adecuados para la presente investigación:

Figura 2. Componentes bioculturales de la Interrupción Legal del Embarazo



Fuente: Elaboración propia, adecuado del presentado en Peña, 2012:109.

Emplear la perspectiva biocultural para el análisis del *continuum* sexo-sexualidad, implica retomar al ser humano como especie para interpretar la función del sexo y la sexualidad, y su expresión entre especies de forma comparativa a nivel anatómico-funcional y comportamental, además de considerar al *Homo sapiens sapiens* proveniente de un proceso adaptativo-evolutivo que se manifiesta en su historia, expresando este continuum en particularidades individuales-ontogenéticas y grupales-históricas, permitiendo analizar los hechos que afectan al cuerpo sexuado de las personas cuyas consecuencias son mediadas por la sociedad y la cultura (Peña, 2003).

La construcción social de lo femenino y lo masculino aparece como una categoría fundante del modo en como los sujetos viven las experiencias sexuales. En casi todas las culturas existen normatividades diferenciadas para hombres y mujeres en cuanto a los comportamientos sexuales y valoraciones diferenciadas para los comportamientos considerados como femeninos o masculinos, asociados a las ideas de actividad y pasividad sexual (Szasz, 2004). Lo que resalta la premisa de que el género y con ello la vivencia y expresión de la sexualidad, se recrean y reproducen dentro y a través de constructos sociales.

La salud sexual y reproductiva se centra en privilegiar la igualdad y equidad de género como un principio básico dominante, lo cual orienta los esfuerzos y acciones contundentes a empoderar a las mujeres y a convertirlas en sujetos activos involucrados en las decisiones que son centrales para su propia vida, y su familia, modificando así las condiciones de subordinación, aceptación y docilidad.

Esta integración, argumentan Lerner y Szasz (2001), conlleva la incorporación de los derechos humanos, específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Considerando así, el respeto a la libertad sexual y de procreación y de opciones libres de coerción; la libertad de interrumpir un embarazo y la disponibilidad de acceso a servicios profesionales y calificados para hacer efectivo el derecho a la maternidad libremente elegida, a la autodeterminación en el

comportamiento reproductivo y a la realización de abortos permitidos de acuerdo con las atenuantes de responsabilidad permitidas por la ley.

El sistema sexo-sexualidad, cruza el *continuum* satisfacción-insatisfacción y salud-enfermedad, permeando la expresión y vivencia de la sexualidad, de tal manera que desde la ubicación contextual de cada mujer, el acceso a los servicios que tenga, sus propias condiciones materiales de vida, su cultura y la educación a la que ha tenido acceso, la vinculan con su propia experiencia sexual y reproductiva, así, el acceso a los anticonceptivos y la futura resolución de un embarazo no deseado se alimenten de su contexto local. Dentro del sistema sexo-género encontramos las discusiones acerca del cuerpo y el género que configuran este sistema.

3.3.2 Codeterminates asociadas a la ILE según categorías de análisis

Como se observó en el cuadro anterior, cada uno de estos componentes ha sido desglosado por cada uno de los elementos que lo componen, aplicados al problema de investigación.

Los elementos de análisis para el *componente espacio*, es decir, en lo referente al ambiente y población, se encuentran en dos grandes elementos: 1) Características espaciales del Centro de Salud TIII México España, donde se construyeron las categorías de acuerdo a la distribución de la clínica: admisión, sala de espera, consultorios, quirófano, sala de recuperación, consejería y somatometría y ultrasonido.

2) Características epidemiológicas y sociodemográficas de las mujeres que han interrumpido voluntariamente su embarazo, las categorías que integran este elemento son: 1) Características epidemiológicas y 2) Características sociodemográficas, en el primer caso, las subcategorías incluyen la edad de la mujer embarazada, las semanas de gestación que cursa al momento de interrumpir el embarazo, el número de hijos que actualmente tiene, número de embarazos

previos, la adopción de algún método anticonceptivo, el método de interrupción y si presentó o no complicaciones; para el segundo caso, las subcategorías son: lugar de residencia, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

Para el *componente recursos para la salud*, se desagregó en tres elementos: 1) Procedimientos de interrupción de acuerdo al Manual de Procedimientos que opera en el Centro de Salud TIII México España, 2) Apoyo de Asociaciones Civiles y 3) Consejería. Estos elementos están constituidos por sus propias categorías. Para el caso de los procedimientos, se incluyen, interrupción con medicamentos e interrupción por Aspiración Manual Endouterina, en el caso del apoyo de asociaciones civiles, se considera como categoría, alimentación, transporte, hospedaje y acompañamiento; para el caso de la consejería, se estructuró como categoría la información acerca del procedimiento de ILE y la información acerca de los anticonceptivos; es importante señalar que cada una de estas categorías cuenta con subcategorías, las cuales pueden revisarse en el cuadro correspondiente.

En el *componente productos materiales de la cultura*, se consideraron tres elementos, los cuales son: 1) Lineamientos jurídicos de la despenalización del aborto en el DF que conllevan al protocolo de ILE, 2) Asociaciones *pro choice* y 3) Asociaciones *pro vida*. Las subcategorías que conforman cada uno son, en el primer punto, la categoría conformada es el protocolo de atención, en el segundo punto, las categorías que la conforman son: Fondo MARIA, Católicas por el derecho a decidir y las libres, y en el tercer punto la categoría que la constituye es DDSR. Las subcategorías del protocolo de atención son: flujograma de atención, personal médico, personal de enfermería, personal administrativo y personal de trabajo social; las subcategorías de las asociaciones civiles *pro choice* son, el nivel de colaboración con el servicio de ILE, casos relacionados y nivel de intervención con la asociación; finalmente, las subcategorías relacionadas con las asociaciones *pro vida*, son: casos relacionados con la asociación y nivel de intervención.

El *componente prácticas y representaciones* incluye siguientes cinco los elementos: 1) Discursos que atraviesan a las mujeres en busca de una Interrupción Legal del Embarazo, 2) Discursos médicos en torno a la ILE, 3) Sistema de creencias de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, 4) Representaciones del cuerpo, género y salud sexual de las mujeres en busca de una ILE, y 5) Hábitos sexuales de las mujeres que interrumpieron una ILE. La categoría propuesta para el primer punto es, el cuerpo como agencia; para el segundo punto la categoría es el aborto desde la atención de la práctica médica; para el punto tres, las categorías emergentes son: ideología religiosa, tradición familiar, construcción social de sí misma y derecho; para el punto cuatro, la categoría propuesta es, representaciones de las mujeres que vivieron una experiencia de ILE en el Centro de Salud TIII México España, y para el punto cinco, la categoría es, prácticas posteriores a la vivencia de la ILE.

Finalmente, el quinto *componente biología humana*, contiene los siguientes tres elementos: 1) Características biológicas de embarazo, semanas de gestación hasta las cuales es permitido y posibles complicaciones, 2) Cuidados posteriores a la ILE, 3) Riesgo biológico de la gestación, ILE y relación con muerte materna por complicaciones del procedimiento. En el primer punto las categorías relacionadas son: Edad de la paciente, semanas de gestación y estado de salud de la paciente, en el segundo punto, las categorías son vida sexual, alimentación y actividad física, mientras que para el punto tres, las categorías son: edad, complicación por aborto con medicamentos y complicación por aborto con AMEE (véase anexo 8).

CAPITULO 4

Cuerpo, género y desigualdad en el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo

El derecho a decidir, como se ha propuesto hacer llamar a la posibilidad de acceder a un aborto de manera despenalizada, está cruzado por aristas importantes que parten desde la construcción de los cuerpos a partir de la heteronorma. La diferencia sustancial de la organización de los cuerpos y la sociedad a través de lo femenino y lo masculino, ha permeado históricamente el acceso diferencial de hombres y mujeres al trabajo, a la salud y a los espacios de desarrollo, principalmente. Con ello también, las ideas fundantes del quehacer social de cada género, donde el cuerpo femenino, históricamente se le ha dado el papel de madre, la capacidad de gestar le ha traído consigo a los cuerpos femeninos, las cargas culturales tanto de gestar como de criar y educar a los nuevos miembros de la sociedad. Por lo anterior, en este capítulo se profundiza en la construcción del género, desde el sistema sexo-género y su relación con el derecho a decidir.

4.1 Desigualdad estructural basada en el sistema sexo-género

La antropología del género, reproducción y sexual tiene por objeto, conocer, describir, comparar y analizar la diversidad sexual de nuestra especie a nivel filogenético, asimismo las prácticas y representaciones sexuales que desarrollan los diferentes grupos humanos, su posible relación transcultural en tiempos y espacios determinados y la cotidianidad a través de la experiencia subjetiva (Peña, 2012), esta disciplina problematiza en el ámbito adaptativo, histórico y ontogenético, algún elemento del *continuum sexo-sexualidad* para analizar desde el enfoque biosocial, psicosocial o sociocultural. Peña (2011) menciona tres perspectivas de acercamiento al *continuum-sexo sexualidad*, estas son:

- Perspectiva biocultural: Retoma al *homo sapiens sapiens* para interpretar las funciones del sexo y la sexualidad de nuestra especie al compararla con otras.

- Perspectiva sociocultural: Explica al ser humano a través de su organización sociohistórica y cultural, a fin de comprender las dinámicas de la variabilidad de los comportamientos sexuales a partir de la expresión de representaciones y prácticas simbólicas.
- Perspectiva psicosocial: Se enfoca en el análisis de la experiencia subjetiva individuo-colectividad, analiza los mecanismos por los cuales los discursos sociales y culturales son internalizados y aprendidos por los individuos de un grupo con prácticas y representaciones sexuales.

La antropología de la sexualidad parte de la evidencia biológica que es el cuerpo para relacionar biología/cultura al considerar como punto de arranque la biología, explicando el planteamiento social en torno al proceso de construcción del género desde el ámbito sociocultural. Se emplea el construccionismo social para sostener que la noción del cuerpo y la sexualidad, si bien tienen una base biológica innegable, a partir de ella se construyen social y culturalmente nociones que crean un esquema general de entendimiento, significación, representación y prácticas que sostienen un orden establecido dentro de una organización social. Así, las concepciones sobre el cuerpo y la sexualidad están íntimamente ligadas con los ámbitos social, económico, político, ideológico, legislativo y religioso (Peña y Hernández, 2015).

Hasta los años sesenta los términos sexo y género fueron utilizados indistintamente, el primero que menciona la palabra género es el investigador John Money, quien en 1955 propuso el término *papel de género* (gender role) para describir el conjunto de conductas atribuidas a las mujeres y a los varones. Planteó la adquisición de ese papel de género por mecanismos similares a los de la adquisición del lenguaje, por nombrar un ejemplo (Aguilar, 2008).

Stoller con el texto *Sex and Gender* (1968), comienza un debate terminológico y filosófico que tardará en cerrarse. En dicho debate, naturaleza/cultura marcan una oposición en el análisis de la relación entre los sexos. Más tardíamente, la distinción sexo-género, fue planteada a su vez desde la sociología por Oakley en *Sex, Gender*

and Society, escrito en 1972, quien atribuye al sexo las diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres y al género las pautas de comportamiento culturalmente establecidas en el ámbito de lo femenino y lo masculino (Aguilar, 2008).

El género se definió en contraposición al sexo en el marco de una posición binaria (sexo/género), aludiendo la segunda a los aspectos socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomofisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana. De tal manera, el sistema sexo-género hace referencia a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres en el seno de una sociedad. Este sistema analiza las relaciones producidas bajo una estructura de poder que define condiciones sociales distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignadas socialmente.

La sociedad occidental está sujeta por un sistema sexo-género que sostiene una relación desigual de poder entre mujeres y hombres. Rubin define al *sistema sexo/género* como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986:97).

Este sistema dualista está representado por otro que lo sustenta, el par binario naturaleza/cultura, donde el sexo se relaciona con la biología (hormonas, genes, sistema nervioso, morfología) y el género con la cultura. En este par de opuestos, el género es socialmente construido y el sexo biológicamente determinado. El establecimiento del sistema sexo-género, la relación entre la biología y la cultura y la incuestionable búsqueda del origen de la expresión de género han llevado a debates, puntos de arranque y planteamiento de teorías que incluyen el deseo, la biología, el erotismo y la cultura, atando en sus líneas de conexión el cuerpo y el género.

Lo que el sistema sexo-género permitió reconocer es la importancia de la articulación entre lo biológico y lo social, se reconocieron las diferencias biológicas indudables entre mujeres y hombres, exaltando que la “diferencia fundamental entre los sexos es el género” (Lamas, 1996:114). La estructuración del género llega a convertirse en un hecho social de tanta fuerza que inclusive se piensa como natural. “Los procesos de significación tejidos en el entramado de la simbolización cultural producen efectos en el imaginario de las personas” (Lamas, 1996:336).

Este abordaje facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Se puede hablar de la relación entre los sexos, pues hablar de uno, necesariamente implica relacionar al otro. Se intentan conocer las redes de significados del sexo y el género, para comprender cuáles son las estructuras de poder que dan forma al modelo dominante de sexualidad: la heteronormatividad (Lamas, 1996).

Continuando en esta línea, dicho sistema permite analizar los componentes de las prácticas sexuales, así como los cuerpos sexuados, sin embargo, es importante tener presentes las críticas que han recibido estos planteamientos, en la medida que el avance científico-reflexivo ha permitido emerger nuevas cuestiones. Este sistema ha sido cuestionado a partir de 1970, por los movimientos, principalmente el feminista, pone su argumentación en el binarismo imperante de las teorizaciones, presentan una organización social a partir de las identidades de género, haciendo evidente el androcentrismo en la construcción del sistema sexo-género (Peña, 2014).

4.2 El cuerpo femenino, un imperativo cruzado por la construcción social del género

A lo largo de la historia ha prevalecido la valoración de la maternidad como un hecho natural y normal para toda mujer, y primordialmente, debería ocurrir dentro del

matrimonio. Según Lerner, Guillaume y Melgar (2016), se ha considerado que es un deber de las mujeres dar hijos a la sociedad para asegurar la sobrevivencia de la especie humana y la fuerza de la nación. El ejercicio de la maternidad dentro del matrimonio heterosexual es un “deber religioso” por el que se justifica el ejercicio de la sexualidad.

La maternidad ha sido concebida como un destino y una necesidad natural, se da por hecho que toda mujer desearía tener hijos como parte de su instinto maternal. Esta intensa valoración de la maternidad ha conllevado una desaprobación social que aún pesa sobre las parejas sin hijos, siendo más fuerte en las mujeres sin hijos, estas mujeres son consideradas “incompletas” y esta supuesta o real esterilidad se considera como una “anormalidad social” que debe explicarse y justificarse (Badinter, 2010 en Lerner, Guillaume y Melgar, 2016). El hecho de no poder o no querer tener hijos nunca o en determinados momentos de la vida es percibido como una desviación de la norma por parte de las mujeres, que se traduce en cierta desaprobación social hacia las mujeres.

Al hablar de la fecundidad, al no existir un control efectivo y real sobre ésta, cada sociedad ha tenido sus propias normas cultural y socialmente aceptables, que se van modificando en función de los cambios sociales, culturales y políticos y del desarrollo tecnológico. En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, existe una temporalidad específica para la procreación asociada a momentos y eventos del ciclo de vida y a edades consideradas apropiadas para ejercerla, y que la hacen socialmente aceptable.

Con lo anterior, se afirma que el eje mujer-maternidad ha sido construido e implementado en la sociedad para preservar los interdictos culturales de la heteronormatividad y la monogamia, como principales constructos del capitalismo, que aparentemente forma esa tensión social que hace permanecer el *status quo* de la sociedad.

Para Scott (2008) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, es una forma primaria de las relaciones de poder. Como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género implica cuatro elementos interrelacionados: 1) Los símbolos disponibles que evocan múltiples representaciones, 2) Los conceptos normativos que llevan interpretaciones sobre los significados de los símbolos que intentan limitar y contener las posibilidades metafóricas de los mismos, 3) Idea de la política y una referencia a las instituciones sociales y a las organizaciones, es decir, concebir que el género también se construye a través de la organización económica y política; y 4) El género es la identidad subjetiva, la transformación social de los individuos en proceso de culturación.

Los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y hombres. El género, es entonces, la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actitudes que diferencian a mujeres y a hombres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social que no sólo produce diferencias en los géneros femenino y masculino, sino que a la vez estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Burín y Meler, 2001).

Para Lamas (2000), la categoría género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Dicha diferenciación cultural define no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. Al transitar el puente biología-cultura, sexo-género, se puede leer el género como un marcaje de la percepción de otras aristas: lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano. Lamas (1996) que no es lo mismo el sexo

biológico que la identidad asignada o adquirida; si en diferentes culturas cambia lo que se considera femenino o masculino, lógicamente cambiará la asignación, en la medida que es una construcción social. Es una interpretación social de lo biológico, dependiendo de cada cultura.

El género es una distinción significativa porque se trata de un hecho social, no biológico (Aguilar, 2008). En lo que tiene que ver con las características de los géneros, se fueron construyendo partiendo de la biología, o lo que naturalmente se veía en cada uno. En la medida en que son las mujeres quienes menstrúan, se embarazan, paren y amamantan, las sociedades realizan una lectura coincidente de esos signos externos del cuerpo sexuado con la animalidad, mientras que, los cuerpos de los hombres al estar menos evidentemente ligados a la naturaleza, se les interpreta como los que encarnan más propiamente a la humanidad, a la dominación humana, cultural de la naturaleza. De manera tal, que el grupo de los hombres representaría socialmente lo humano y lo cultural, mientras que el grupo de las mujeres daría cuerpo a las nociones de animalidad, salvajismo y naturaleza (Serret, 2011); “Si bien, la diferencia entre macho y hembra es evidente, que a las hembras se les adjudique mayor cercanía con la naturaleza (supuestamente por su función reproductora) es un hecho cultural” (Lamas, 1996:102).

El género y la sexualidad son símbolos, son productos o construcciones culturales que dado su origen cultural son materia de interpretación y análisis, al acceder a las formas concretas de la vida social, económica y política. Al ser la sexualidad y el género construcciones simbólicas, estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda la vida social. A manera de síntesis, Martín (2006) recapitula la evolución del concepto género en los últimos 20 años, condensándolo en cuatro rupturas conceptuales fundamentales:

- 1) Ruptura con la identificación sexo/género. En un primer momento se argumenta que el sexo biológico no es destino, el género como construcción social revela un concepto interdisciplinariamente operativo.

- 2) Ruptura con la dualidad genérica. El concepto género se había construido igualmente de forma binaria, pero esta dualidad no resultaba operativa, ya que no daba cuenta de otras prácticas y construcciones identitarias múltiples, por ello se redefine como una categoría analítica abstracta, multidimensional y relacional.
- 3) Ruptura con la dualidad sexual. La etnografía argumenta que existen otras nociones al margen de hombre y mujer en diferentes culturas, ello conduce a una redefinición del género cuya base serán las diversas percepciones socio sexuales propias de cada sociedad, en lugar del sexo biológico.
- 4) Ruptura con la heteronormatividad. El surgimiento de discursos que denuncian que el género invisibiliza las prácticas y orientaciones sexuales al margen de la heteronormatividad nos lleva a pensar en un replanteamiento de las teorías cuya meta es tener en cuenta cómo afectan las sexualidades no normativas a la construcción del género.

La construcción del género es el resultado de un aprender a ser en la sociedad, derivado de las opciones en la colectividad. Como se ha mencionado, se interioriza a partir de un cuerpo sexuado, se interiorizan deseos y necesidades que parten de lo biológico pero que al conjugarse con lo social se vuelven específicas y únicas de cada individuo. Se aprende a expresar normas, valores, estereotipos y formas específicas de relaciones sociales establecidas para la vinculación afectiva y erótica, se construye entonces, la forma el cómo, con quién y dónde se puede vincular un sujeto con otro tanto de manera afectiva como sexual (Peña y Hernández, 2011).

En términos de relaciones, Sosa (2014) menciona que la categoría analítica del género hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son los hombres y las mujeres, las cuales se han empleado para justificar la desigualdad a nivel de prácticas. La propia construcción de género y marcaje de comportamiento a partir de una evidencia

biológica resulta un proceso alienador en los cuerpos de los sujetos sexuados, se producen asimetrías y relaciones de poder en los contextos sociales.

4.3 Desigualdades naturalizadas en el derecho a decidir sobre el cuerpo

Es inevitable dialogar sobre sexualidad y no mencionar a Foucault, para este autor, el cuerpo es un territorio sobre el que se construyen una red de placeres e intercambios corporales a los que los discursos dotan de significados. Las prohibiciones y sanciones le dan forma y direccionalidad a la sexualidad, la regulan y la reglamentan.

Foucault ha problematizado la naturaleza de la sexualidad humana en relación con el cuerpo. Sostiene que la sexualidad no es una cualidad inherente de la carne, que las diversas sociedades enlazan o reprimen. La sexualidad es una forma de moldear el yo en la experiencia de la carne, que en sí misma está constituida desde y en torno a ciertas conductas. Existen en relación con sistemas históricamente precisos de conocimiento, con reglas de lo que es o no es natural, es allí donde radica el “modo de relación entre el individuo y el sí mismo que le capacita para reconocerse como sujeto sexual entre los demás” (Laqueur, 1994:37).

El proceso histórico de la sexualidad trae a la luz, que, a lo largo del siglo XIX, el sexo parece inscribirse en dos registros de saber muy distintos: una biología de la reproducción que se desarrolló de modo continuo según la normatividad científica general, y una medicina del sexo que obedeció a otras reglas de formación (Foucault, 1982).

Para Vázquez y Moreno (1997) existen tres vertientes de la sexualidad: 1) La sexualidad como un criterio universal de individuación, permite recortar y fijar la identidad de los sujetos; los sujetos pueden reconocer su manera de vivir la sexualidad y el individuo es clasificado y valorado según el tipo de relación sexual que mantiene; 2) la sexualidad como verdad profunda de cada uno, es la verdad

latente y primitiva de la sexualidad, en esta, la forma de ser y desear que los sujetos tienen más allá de lo consciente; verdad y ley de deseo; y 3) La sexualidad como objeto de un saber y una educación asentados sobre las bases científicas, en este sentido, aspira a convertirse en ciencia, lo que una vez fue conocimiento de saberes morales pasa a manos de los científicos quienes ahora son lo que conocen y saben del cuerpo sexuado.

La racionalidad sexológica es el conjunto de reglas básicas que circunscriben el dominio de la sexualidad y de las prácticas que la objetivan. La sexualidad es una serie de reglas históricamente formadas que tienden a identificarse, tomarse como objeto natural (Vázquez y Moreno, 1997).

La sexualidad y el individuo sexualizado han sido posibles con la intensificación de las prácticas de autocontrol, la reglamentación de gestos, actitudes y formas de presentación pública del propio cuerpo. En esta línea, la sexualidad pasó de un ámbito social a un ámbito privado, cambiando las formas de vinculación entre parejas, así como la construcción de la familia y los espacios de expresión de afecto. También, se establecieron nuevos lazos personales. De tal manera que en el acto reproductivo se integró la identidad, los sentimientos, la autenticidad, los vínculos sociales y la reproducción familiar.

No se trata de la sexualidad humana como una problemática individual simplemente, sino referida a la población y sus necesidades específicas, sus variables propias: natalidad, morbilidad, duración de la vida, etc. Para resolver este problema, los gobiernos deben desarrollar estrategias de control social para la sexualidad, es decir, el dispositivo cambia a la regulación de la sexualidad por parte del Estado. Así, a partir del siglo XIX, la medicina y la psiquiatría comenzaron a tomar para sí este hecho discursivo, clasificando, ordenando y normalizando las conductas sexuales humanas.

A partir de la revolución burguesa, la familia nuclear confisca la sexualidad de hombres y mujeres, la encierra, la absorbe, pensando en la función reproductora. Según Foucault, hasta el siglo XVII, existía cierta franqueza y desinhibición respecto de la sexualidad, una tolerante familiaridad con lo ilícito. Las transgresiones eran visibles y las anomalías se exhibían, “los cuerpos se pavoneaban”, pero en el siglo XVIII y XIX, en el auge de la burguesía victoriana, la única sexualidad reconocida pasó a ser la sexualidad “utilitaria y fecunda”, el cuerpo y sus placeres han tenido que replegarse al ámbito de lo privado, lo íntimo, lo personal, hundirse en las sombras del sujeto para poder nacer como sexualidad (Burín y Meler, 2001).

En este tránsito, la sexualidad queda en manos de expertos: médicos, psiquiatras, psicoanalistas, en sí, se vuelve medicable. En términos de regulación se establece lo normativo, se fijan prácticas, los espacios, sexualidades hegemónicas, la familia nuclear bajo el principio de amor conyugal y de la sexualidad reproductora. El papel de la pareja será la procreación y el establecimiento de un orden familiar (Burín y Meler, 2001).

La sexualidad es la parte más culturizada de los humanos en el sentido de que el cuerpo por sí mismo, como organismo biológico y fisiológico, no significa nada. Es la cultura la que le otorga significado y a partir de él organiza estructuras sociales, como es el género. Para Foucault y el construccionismo, la sexualidad como naturaleza no existe, Amuchástegui y Rodríguez (2003), afirman que los diversos placeres, las prácticas y las fantasías, es decir, las posibilidades del cuerpo han existido siempre pero no poseen significados intrínsecos y su agrupación bajo el concepto de sexualidad, como si fuera un sistema biológico es una invención histórica de la burguesía europea en los siglos XVII y XIX.

Con las transformaciones sociales ha habido cambios en las políticas de sexualidad, durante los últimos veinte años, dados los cambios significativos en la configuración cultural y social de los países industrializados, se han intensificado

mucho las posibilidades de movilización política en torno a asuntos sexuales. El crecimiento económico rápido, seguido por el desplome, la disolución de los límites de clase anteriores y la reconstrucción de límites nuevos, el surgimiento y la decadencia parcial de la asistencia social, cambios importantes en la relación entre los géneros, dentro de la familia y la comunidad, han dado pie a nuevos antagonismos y movimientos sociales derivados de ellos (Weeks, 1986).

Para Serret y Méndez (2011), el género es construcción cultural de la diferencia sexual que da cuenta de un sistema primario de relaciones de poder y dominación, transhistóricas y transculturales. A su vez, menciona que es importante destacar que habrá que distinguir el nivel de intervención del género como organizador significativo en las sociedades humanas.

El género es un ordenador primario de significación porque todas las concepciones que nos formamos del mundo están generalizadas. El género imaginario clasifica a los seres humanos en hombres y mujeres, para ello se toma como referencia a los cuerpos sexuados, comúnmente distinguidos según otro criterio binario que los clasifica en femeninos (hembras) y masculinos (machos), “La construcción del cuerpo y la sexualidad es un resultado del género simbólico” (Serret, 2011:93).

Ligado a la identidad de género, se encuentra la vivencia del género a través del cuerpo, para Bru (2016), la visión moderna del cuerpo está simbolizada en el saber biomédico, dirigida por la anatomía y fisiología, se basa en una visión particular del sujeto: el cuerpo implica la separación del hombre, en primer lugar, del cosmos, ya no es el macrocosmos el que explica la carne, sino una anatomía y una fisiología que solo existe en el cuerpo, en segundo lugar, una separación de los otros, se desplaza de una sociedad comunitaria a una sociedad de tipo individualista en la que el cuerpo es la frontera de la persona, finalmente, en tercer lugar, la separación de sí mismo, el cuerpo está planteado diferente de él.

En el cuerpo cruzan los constructos sociales de la ideología de género, los estereotipos y todas las nociones socioculturales que son necesarias de reproducir desde cada uno de los géneros, para el caso de la presente investigación, la feminidad y maternidad, son ejes de reflexión que van a resquebrajarse en el proceso de la ILE, pues se estaría rechazando este constructo social de la maternidad. El cuerpo de la mujer es el que está puesto en juego cuando se toman las determinaciones de las políticas públicas que serán ejecutadas en los cuerpos femeninos y cómo se llevan a cabo, también repercutirá en ellas.

CAPÍTULO 5

Entre el derecho, la legitimidad, la praxis médica y la experiencia de las usuarias

La experiencia de las mujeres en torno al servicio de ILE, ocurre de manera transversal a la relación que se estableció entre las leyes, su modificación y el establecimiento de lineamientos para la atención de la ILE, con la praxis médica, que en este mar de posibilidades, se conjugan para proveer de una posibilidad clínica pero también entran en juegos los significantes de su contexto.

5.1 El espacio de atención de la ILE en el Centro de Salud T-III

Para describir el Centro de salud donde se está llevando a cabo la presente investigación, es importante, en primer lugar, mencionar la estructura del sistema de salud mexicano. La estructura funcional del sistema de salud en México está conformada por tres niveles:

Primer Nivel:

Es el primer contacto de la persona con el sistema formal de atención, estas unidades pueden tener distinto tamaño y variar en su forma de organización. Van desde unidades de un solo consultorio (*rurales o urbanos*) hasta unidades con 30 o más consultorios y servicios auxiliares como laboratorio, rayos X, ultrasonido, medicina preventiva, epidemiología, farmacia, etc.

Los centros de salud pertenecientes al gobierno de la CDMX presentan una organización por áreas geoadministrativas básicas (AGEB), por lo que un centro de salud tiene bajo su área de influencia uno o varios AGEB, de acuerdo con su categoría. Se clasifican en centros TI, TII y TIII; los TI son los de menor tamaño, conformados por un módulo de atención (médico general y enfermera), hasta los TIII, quienes centralizan uno o varios TII y TI. Estos TIII, tienen como mínimo 5 módulos de atención médica, además de contar con laboratorio de análisis clínicos y estudios de rayos X.

Segundo Nivel:

Lo conforman una red de hospitales generales que atienden la mayor parte de los problemas y necesidades de salud que demandan internamiento hospitalario o atención de urgencias. Sus unidades están organizadas en las 4 especialidades básicas de la medicina: *cirugía general, pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia*. Las unidades médicas del segundo nivel tienen un grado de complejidad mayor que las anteriores y en su organización destacan servicios como urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre, central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, etc. Es posible encontrar en estos hospitales algunas subespecialidades, como: dermatología, neurología, cardiología, geriatría, cirugía pediátrica, etc.

Tercer Nivel:

Está formado por una red de hospitales de alta especialidad; cuentan con subespecialidades y equipos de apoyo que no se encuentran en el segundo nivel de atención. En este nivel el hospital puede tener muchas subespecialidades, se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles y que requieren conocimientos más especializados y/o una tecnología específica.

Para el caso del Centro de Salud TIII México España, como se hizo mención, corresponde a uno de los centros con mayores servicios para la población a la que atiende, se ha podido observar que cuenta con:

- Medicina General
- Detección oportuna de Cáncer de Mamá
- Clínica de Displasias
- Atención al Paciente Diabético
- Inmunología
- Servicio de Laboratorio
- Atención a l Adulto Mayor
- Servicio de Interrupción Legal del Embarazo

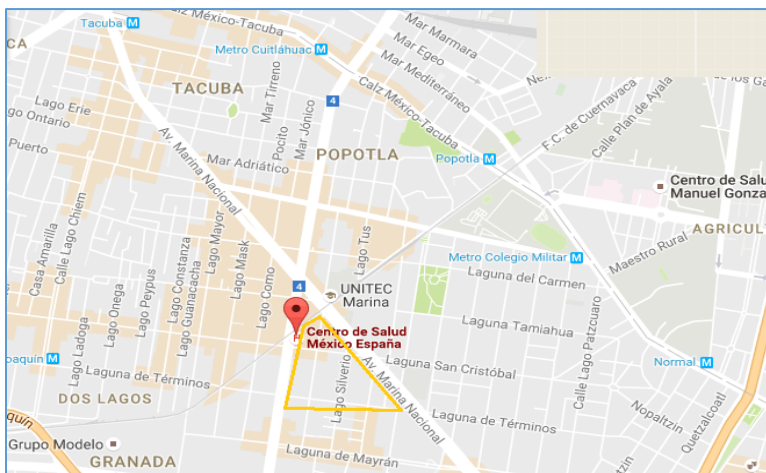
- Caja

Es destacable que el Centro de Salud TIII México España dentro de la clasificación de la red de atención médica, se puede ubicar como un centro de atención de primer nivel que cuenta con servicio de especialidad.

Descripción Geoespacial

El Centro de Salud TIII México España se encuentra ubicado en Av. Mariano Escobedo 148, Miguel Hidalgo, Anáhuac, 11320 Ciudad de México. La entrada principal se ubica sobre la calle Lago Iseo, se puede llegar por Marina Nacional o Laguna San Cristóbal, aunque también es posible atravesar Ferrocarril de Cuernavaca si se ha llegado por Mariano Escobedo. El centro de salud es asimétrico abarca una cuchilla, se hace un triángulo con las calles antes mencionadas, siempre quedando como entrada principal la calle Lago Iseo (Figura 3).

Figura 3. Localización del Centro de Salud TIII México España



Fuente: Google Maps⁵.

A continuación, se muestra la entrada principal del Centro de Salud, donde podemos observar los el patio, del cual se hablará en la descripción de la atención a las mujeres que acceden a la ILE, quienes comienzan a formarse fuera del Centro,

⁵ Tomada en Julio de 2016, Disponible en [<https://www.google.com.mx/maps/place/Centro+de+Salud+T-III+%E2%80%9CM%C3%A9xico+Espa%C3%B1a%22/@19.4462808,->]

justamente en el patio de lado izquierdo, siendo separadas de quienes van a consulta general, que hacen una fila del lado derecho (Figura 4).

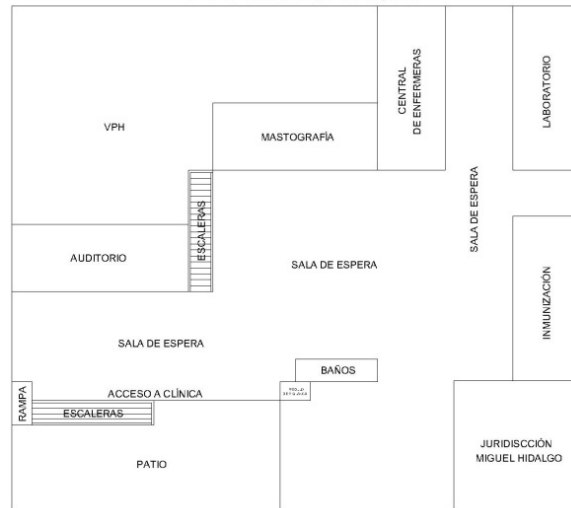
Figura 4. Vista exterior del Centro de Salud



Fuente: Elaboración propia.

Una vez que se está dentro del Centro de Salud, se puede apreciar que es grande y que cuenta con muchos servicios, como se apreció en la figura 2, abarca una cuadra distribuída en dos plantas. Cuenta con diversos servicios En la planta baja podemos encontrar la entrada principal, con un escritorio de vigilancia por policías privados, pasando la entrada y de lado de la escalera, se encuentra un auditorio y al lado derecho del auditorio un área especial para la atención al VPH, pasando la escalera se encuentra el área específica para la atención de mastografías, así como prevención y detección del cáncer de mama. En esta misma planta se encuentra la jurisdicción sanitaria de la delegación Miguel Hidalgo y también el área de inmunización y atención al adulto mayor (Figura 5).

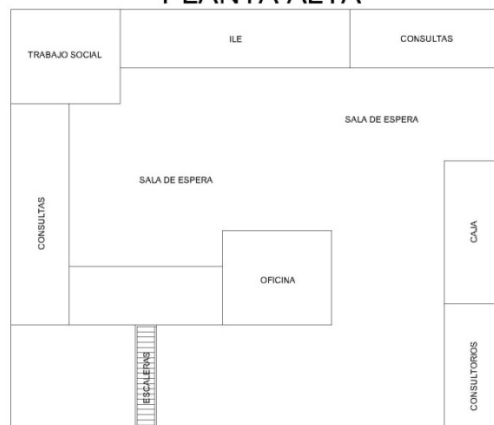
Figura 5. Plano de la planta baja de Centro de Salud
PLANTA BAJA



Fuente: Elaboración propia.

En la planta alta, es donde vamos a encontrar la clínica de salud sexual y reproductiva “Marta Lamas”, donde se lleva a cabo la ILE. Así, subiendo la escalera, se encuentra la dirección, los consultorios generales, el servicio de psicología, psiquiatría, odontología y optometría, principalmente. A mano izquierda y al fondo del Centro de Salud vamos a encontrar la clínica de SSYR, separada por una puerta de Cristal Esmerilado, que evita se pueda ver al interior de la misma (Figura 6).

Figura 6. Plano de la planta alta del Centro de Salud
PLANTA ALTA



Fuente: Elaboración propia.

5.2 Protocolo ILE en el Centro de Salud T-III

El recorrido dentro del programa de ILE se ha podido observar como parte de la segunda fase de la investigación. Se llevó a cabo la etnografía hospitalaria dentro de la mayor parte de los espacios clínicos donde las usuarias del servicio son atendidas. Se fueron recabando los datos en el diario de campo para poder detallar los pasos que se van siguiendo de acuerdo al protocolo de atención. La observación directa en cada uno de los espacios del proceso de interrupción. Enseguida, se hace la descripción del proceso de ILE, destacando en los números de la figura 6, los espacios donde se realiza cada parte del procedimiento.

El momento donde inicia la trayectoria de las mujeres en el Centro de Salud, es cuando se empiezan a formar en el patio del mismo, para ser atendidas, se forman conforme van llegando, un policia les indica el lugar donde va la fila, esta fila está separada de la atención del resto de la clínica, es decir, desde las 6 de la mañana aproximadamente, se va haciendo una fila para la atención de la ILE y otra para los usuarios que van a otras consultas. Para este momento, la mayoría ya investigó y lleva consigo la documentación necesaria para ser atendida.

1. Recepción de documentos e ingreso al servicio de ILE

Unos minutos antes de dar las 8 de la mañana, una de las administrativas va solicitando la documentación a las mujeres y entregándoles una ficha de atención, si es que cuentan con ellos. Cabe destacar que a quienes les hace falta un documento se le rechaza ese día del servicio y se le invita a ir el día siguiente con la documentación completa. En este aspecto no suele negociar quien da ingreso al servicio y no les proporciona facilidades a las usuarias, como la posibilidad de ir a sacar copias o regresar con el documento; sobre todo, si les llega a faltar el estudio de tipo sanguíneo, se les invita a ir a realizarlo y regresar al día siguiente con este integrado en su documentación.

2. Ultrasonido y prueba de RH en sangre

Se realiza un ultrasonido pélvico y se pregunta a las mujeres su última fecha de menstruación para determinar con mayor exactitud el número de semanas de embarazo. Cuando se determina la semana de gestación en la que se encuentran, se le comunica a la mujer. Para ingresar como usuaria de la clínica, la mujer debe estar en el rango de 5.1 a 12.1 semanas de gestación, para que pueda estar dentro de los rangos legales para su atención. En primer lugar, debe ser un embarazo que ya se detecta con ultrasonido para que se le dé la debida atención y en segundo que dé tiempo de realizar la ILE antes de las doce semanas de gestación.

Las usuarias que van saliendo de los rangos preestablecidos, van quedan fuera del protocolo, en el caso de las mujeres a quienes aún no se les detecta el embarazo por medio del ultrasonido, se les solicita que regresen unos días después, mientras que a las mujeres que superan las doce semanas de gestación, se les da la información acerca del seguimiento de su embarazo en el centro de salud más cercano a su domicilio. Si las mujeres preguntar por interrupciones superiores a las semanas de gestación establecidas, la trabajadora social les hace el comentario de que es poner en riesgo su salud si acude a lugares no reglamentados para tal efecto.

Mientras se hace el ultrasonido, las enfermeras a cargo toman la estatura y el peso de las usuarias, así como sus signos vitales.

3. Consejería para atención con medicamentos

Es el segundo momento del protocolo donde se proporciona una plática de sensibilización sobre la Interrupción legal del embarazo (inicia a las 9:00 am), en ella se informa a las mujeres sobre el derecho que están ejerciendo sobre su sexualidad.

Se les comunica el procedimiento médico al cual accederán. Se enumeran brevemente los pasos del procedimiento al que van acceder: toma de medidas (talla, peso, altura), ultrasonido, prueba de sangre, plática sobre efectos secundarios

esperados por la ingesta de medicamentos, llenado de expediente médico y firma de consentimiento informado, consulta individual donde se proporciona la dosis de misoprostol e ingesta de mifepristona acompañada del médico a cargo y finalmente la cita de seguimiento. En esta parte de la consejería se les explica la dinámica que van a llevar a cabo durante su estancia en la clínica.

Se les explica a las usuarias que de acuerdo al número de semanas de embarazo que presenten, accederán a uno de los dos métodos de interrupción: aborto medicamentoso o aspiración intrauterina (AMEU). Se les explican los efectos secundarios esperados por la ingesta de la combinación de misoprostol y mifepristona, además de notificarles el nivel de efectividad que tienen estos medicamentos usados en conjunto. Se les enfatiza que las mujeres que excedan las 10 semanas de embarazo recomendadas para la interrupción de embarazo medicamentosa, accederán a un aborto por aspiración intrauterina.

Inmediatamente se les invita a analizar individualmente el método anticonceptivo que utilizarán posteriormente, el cual debe adaptarse a su estilo de vida, este les será proporcionado en la consulta de seguimiento. Durante la consejería, se le dan unos formatos pertenecientes al expediente clínico, para que vayan llenando sus datos generales, así como firmando el consentimiento informado del procedimiento al que están accediendo.

4. Firma de consentimiento informado y llenado de expediente médico

En este punto, las usuarias son invitadas a leer y firmar el *consentimiento informado*, este menciona que están accediendo a una “Interrupción legal del embarazo” y que los servicios de salud le han notificado sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos de la práctica. El personal de salud indaga sobre la posible “presión” a la cual pueden estar sujetas para interrumpir su embarazo preguntando directamente si están seguras de la práctica que están por realizar. Una vez corroborado lo anterior, se procede a la firma del consentimiento.

Cabe destacar que el llenado del expediente lo realizan las usuarias acompañadas de la trabajadora social. En este momento las usuarias pueden hacer preguntas sobre las dudas que hayan surgido acerca del procedimiento a través del cual se llevará a cabo su interrupción. En la toma de los datos sociodemográficos, la trabajadora explica que serán utilizados con fines estadísticos y que por ningún motivo serán utilizados fuera de la institución. Una vez concluido el llenado de sus datos generales, que han colocado la leyenda en su expediente y han firmado el consentimiento informado, las trabajadoras sociales les informan que pueden desayunar, en el caso de que sus familiares les lleven un desayuno, lo pueden consumir en la sala de espera o si no llevan desayuno, pueden salir a comprar algo, es un espacio aproximadamente de 30 min. Posteriormente, van pasando conforme número de ficha a la consulta médica.

5. Consulta médica e ingesta de mifepristona

La usuaria pasa a consulta médica individual. En ella se despejan las dudas que aún se tienen sobre el procedimiento, en este momento del procedimiento se le pregunta acerca del método anticonceptivo que elegirá, después de la plática que ha recibido con dicha información. Cabe aclarar que desde la consejería se anota el método que la mujer va a elegir, pero en esta consulta se confirma y si es el caso, se coloca en esa primera cita.

En la consulta, el médico le entrega una tableta de mifepristona para que sea tomada frente a él. Una vez ingerida la pastilla, se le proporciona la dosis de misoprostol y se le indica la manera en la que ésta tiene que administrarse (24 horas después de la ingesta de la mifepristona), se le entregan las pastillas en un papel, en propia mano de la usuaria. La usuaria sale del consultorio del médico.

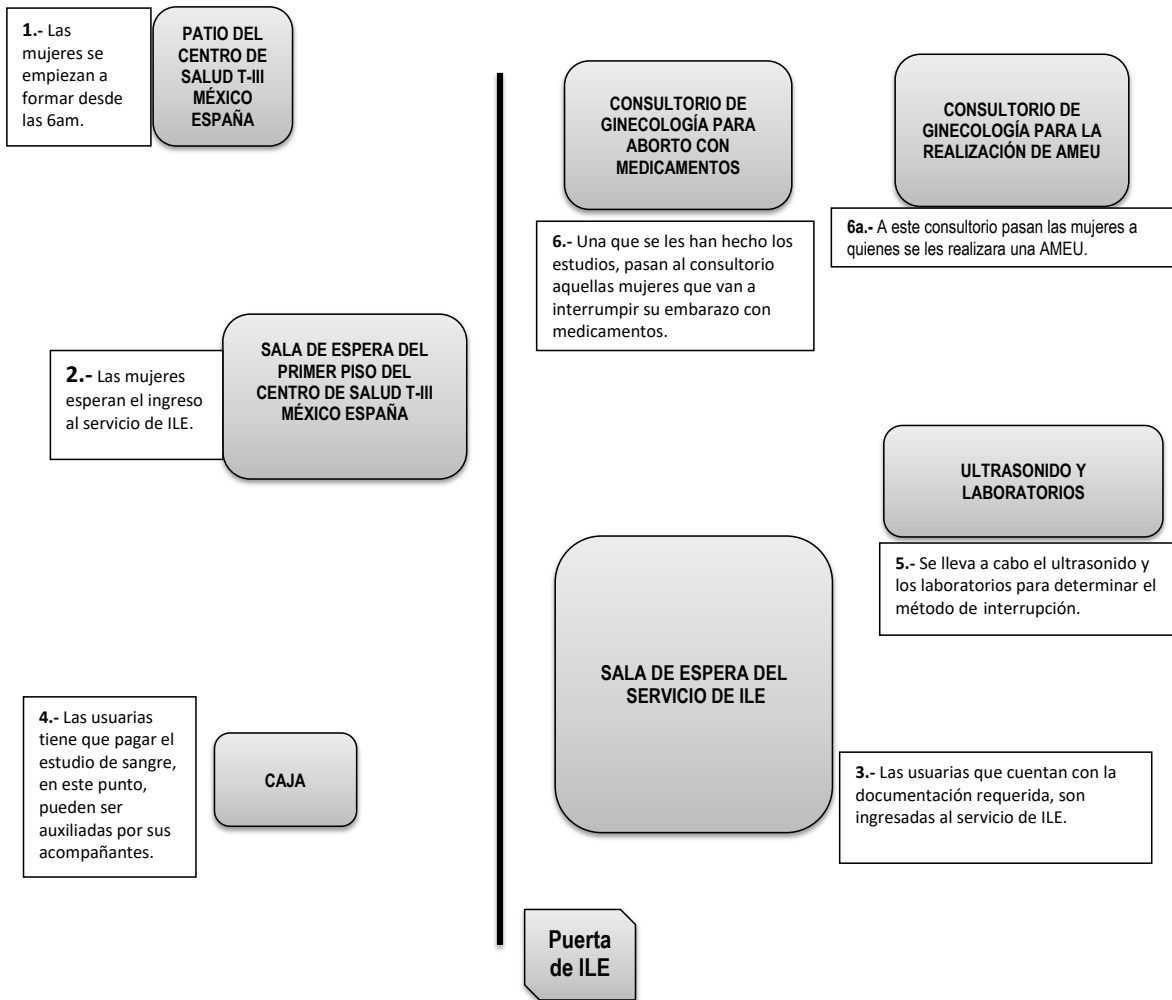
Las usuarias que son diagnosticadas con un embarazo mayor a 10 semanas o aquellas provenientes del exterior de la Ciudad de México acceden a una interrupción por Aspiración Manual Endouterina.

6. Programación de cita de seguimiento

Finalmente, en el área de admisión se le da una cita de seguimiento a la usuaria, quien acuerda junto con la trabajadora social la fecha y hora en la que la consulta de seguimiento se llevará a cabo. Se espera que la cita sea programada una semana después de la primera dosis, con la finalidad de revisar si ocurrió el aborto y que no hayan quedado residuos dentro de la cavidad uterina. Además, en esta cita se implementa el método anticonceptivo que la usuaria eligió.

Las citas de seguimiento de las usuarias son una semana después de la fecha en que acudieron a la clínica, en el horario de las 12 del día, a esta hora, quienes llegaron desde las 6 am, ya salieron de la clínica con el proceso de interrupción iniciado.

Figura 7. Espacios y actividades dentro del proceso de interrupción



Fuente: Elaboración propia.

Flujograma de atención

A partir de los espacios revisados en la figura anterior, el flujo de atención por el cual van transitando las mujeres desde que llegan a formarse a la clínica. Cabe destacar que las mujeres, en algunos casos ya saben previamente que documentación llevar y en otros casos lo desconocen o llevan la documentación incompleta. Vemos, que en algunos casos aunque ellas se hayan formado desde las 6am, si al momento de llegar con el personal de admisión no cuentan con los

documentos solicitados, se les va a pedir que regresen el día siguiente, no tienen concesiones respecto de la documentación, puesto que es muy importante que dentro del expediente se encuentren las copias fotostáticas de su documentación, aunadas a su historia clínica, pruebas y consentimiento informado, así como del control del anticonceptivo, en caso de elegir uno de larga duración.

Entonces, una vez que ellas se encuentran con la documentación completa, es decir, que ya pasaron el primer filtro, el siguiente será en el ultrasonido, donde se determinan las semanas de gestación, en donde se les indicará el procedimiento por el cual se llevará a cabo su interrupción, en los casos de más de 10 semanas de gestación, las mujeres accederán a la ILE por el método quirúrgico y quienes se encuentren debajo de este rango lo harán a través de los medicamentos; es importante destacar que las mujeres que tienen más de 12 semanas de gestación, 12.1 en adelante, no pueden ingresar al protocolo de ILE porque rebasan el límite de semanas de gestación.

Así, cuando las mujeres ya pasaron al ultrasonido y se remitieron al uno u otro método de interrupción, quienes van a ingresar vía medicamentosa, se juntan en grupo en la sala de espera por el personal de trabajo social para comenzar la consejería grupal, en la que les explican el método por el cual interrumpirán su embarazo; y sobre todo, los signos de alarma que pudieran tener al día siguiente que deberán tomar el misoprostol, comenzando con sangrado 4 horas después de tomarlo. El primer día, en la clínica se les da a tomar la mifepristona en presencia del médico, sin embargo, ese día no van a tener síntomas, al día siguiente, la expulsión del embrión es posterior a la toma del misoprostol.

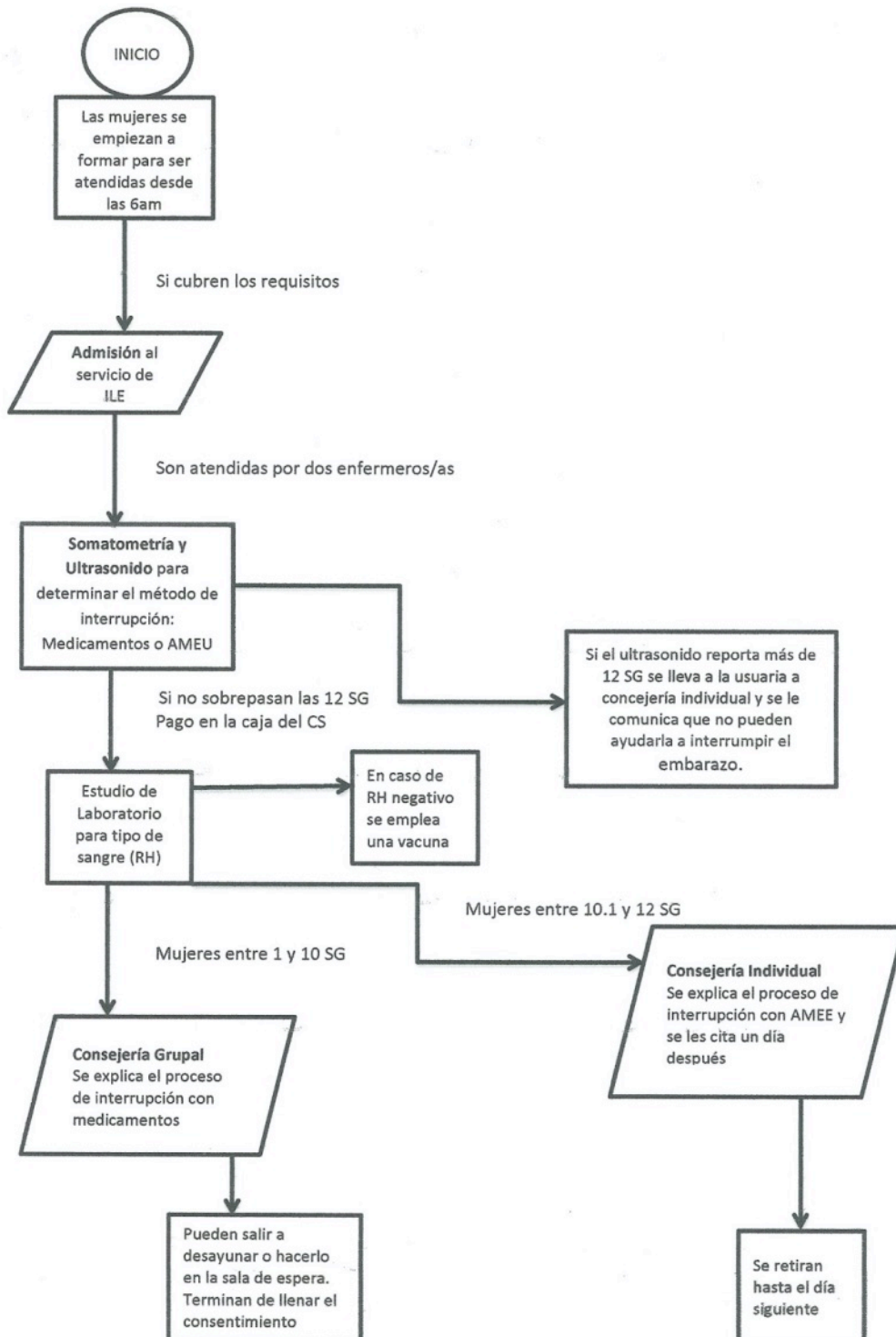
Una vez que se les ha explicado el proceso, se habla con ellas acerca de los métodos anticonceptivos y los cuidados de salud sexual y reproductiva, para que al final de la plática, firmen el consentimiento informado, donde deberán escribir “confirmando que elijo de manera libre acceder a la interrupción legal del embarazo”. Después de este llenado, las mujeres pueden desayunar en la sala de espera,

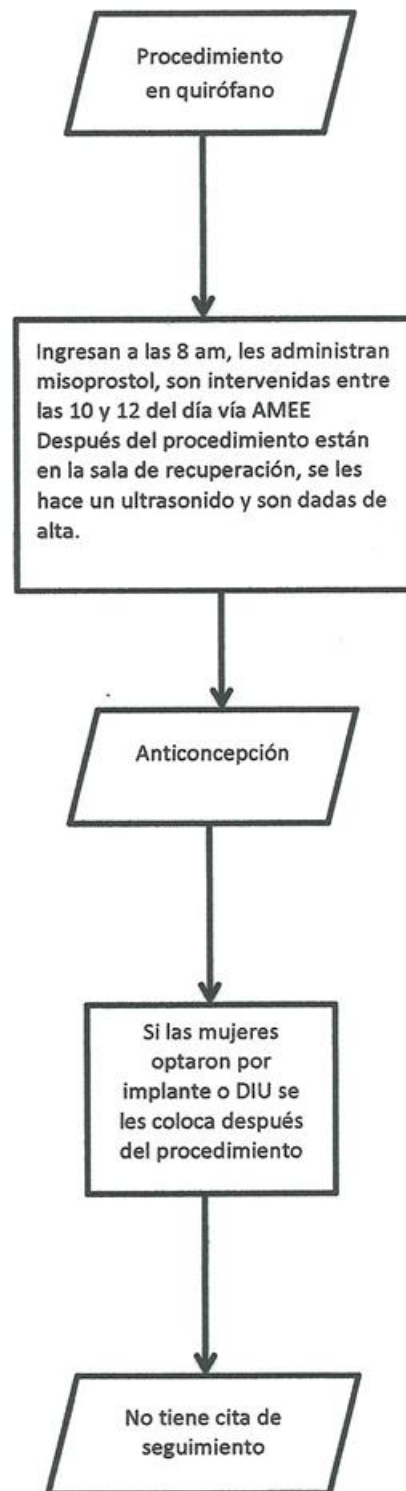
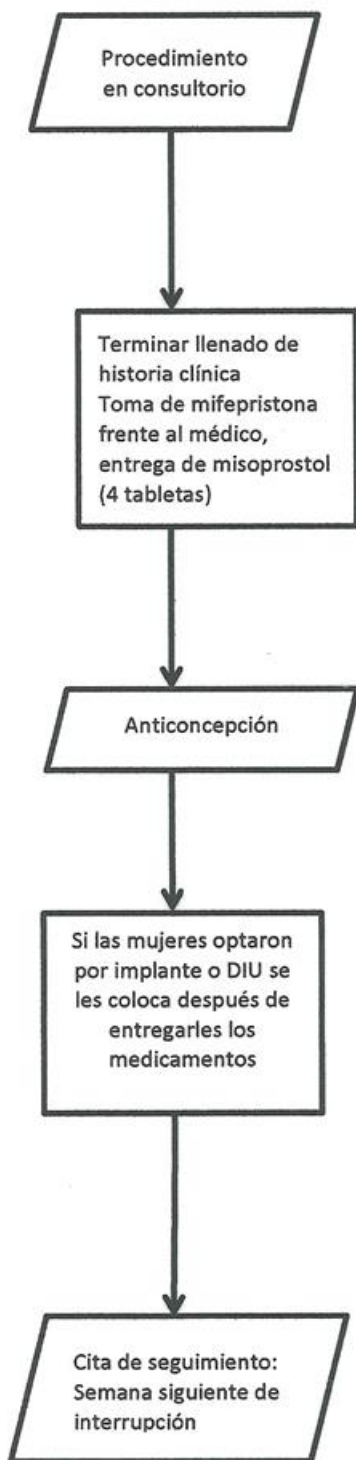
mientras el personal médico prepara los medicamentos que se van a utilizar, consideran el número de mujeres y si eligieron colocarse ese mismo día un anticonceptivo, también se contabiliza y se solicita en farmacia (personal de admisión).

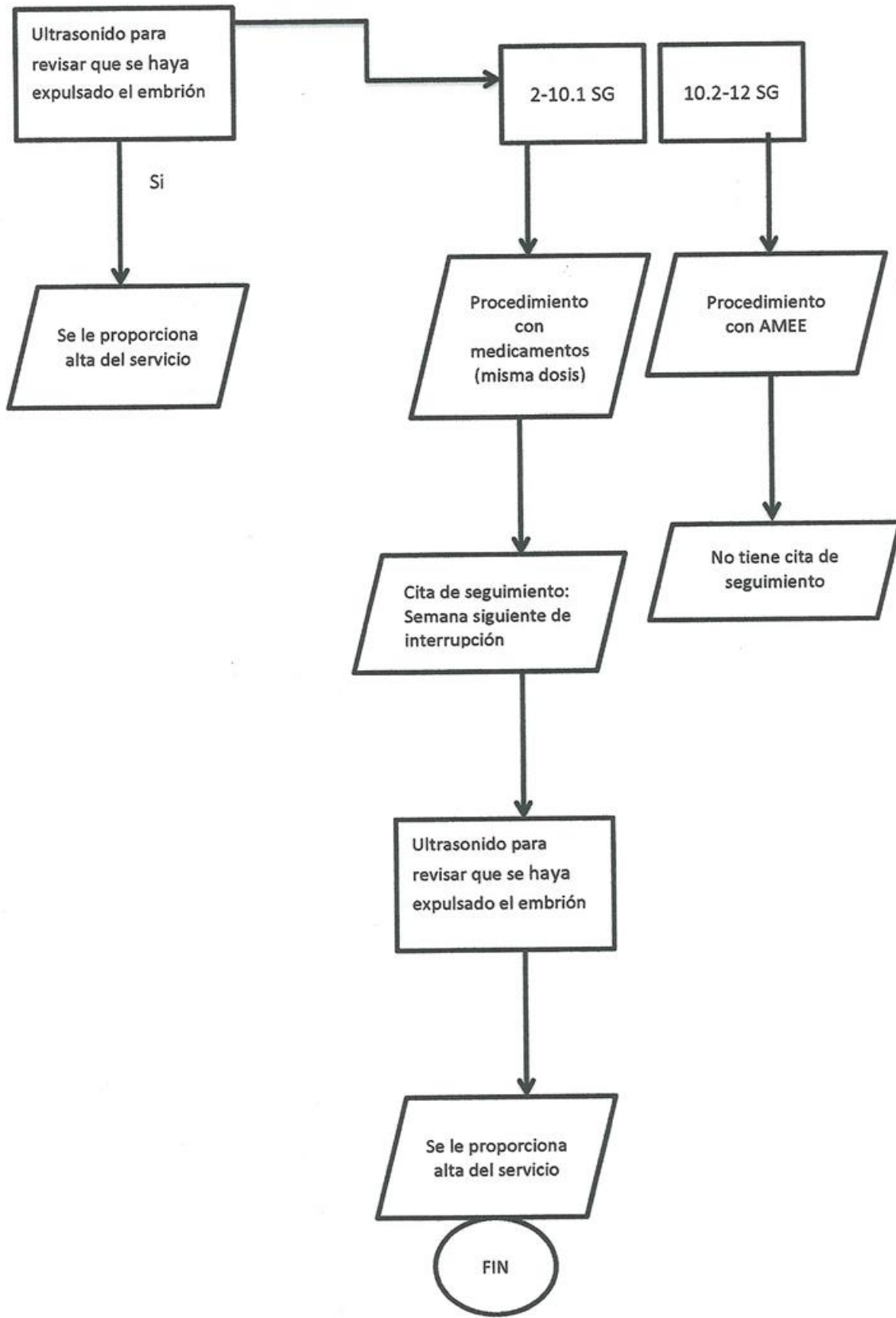
Las mujeres que van a interrumpir por aspiración, son programadas de acuerdo a la disponibilidad del quirófano, por lo regular son citadas un día o máximo dos días después; en los casos donde fuera precisa la interrupción en ese momento, se busca la manera de atenderlas ese mismo día.

Posterior a que las mujeres desayunan; los médicos preparan los expedientes y medicamentos, se va llamando a las usuarias para que pasen al consultorio para concluir su historia clínica, la ingesta de la mifepristona y la colocación de un anticonceptivo. Para finalizar, el personal de admisión cita a las pacientes una semana después para el seguimiento, donde, a través de un ultrasonido se va a verificar que no hayan quedado restos en el útero. En la siguiente figura se puede apreciar a manera de flujo el tránsito de las mujeres por todo el proceso de atención dentro de la clínica.

Figura 8. Flujograma de atención en el programa de ILE







5.3 Los servicios para la atención de la ILE en el Centro de Salud T-III

De acuerdo a las observaciones realizadas, se ha podido constatar que afuera de la clínica, desde las 6:30 am existe una organización llevada a cabo por los policías, es decir, los policías organizan a los pacientes en dos filas. Diariamente se hacen dos filas, diferenciando principalmente a las mujeres que van a la ILE de los pacientes del lado derecho les indican que se formen los pacientes que van a consulta general u otros servicios, mientras que del lado izquierdo se comienzan a formar las mujeres (indicadas por la seguridad del Centro de Salud) que van al protocolo de ILE. Entonces, vamos a observar dos principales consultas, la general y la de ILE.

A. Atención a pacientes que requieren consulta general

Para solicitar atención, los pacientes comienzan a llegar desde las 7 de la mañana, donde hacen una fila del lado izquierdo de la clínica (ahora sabemos que la fila del otro lado es la de las usuarias del servicio de interrupción legal del embarazo). Conforme avanza el tiempo, los pacientes continúan con la dinámica: 1) anotarse en una libreta y 2) hacer fila, siguiendo el orden en que fueron llegando.

A las 7:30 son ingresados conforme están formados y son distribuidos a los servicios a los que están solicitando atención. Si ya tiene un consultorio asignado o servicio son referidos a éste. A las 8 de la mañana comienzan a ingresar a consulta.

Es importante hacer notar que los usuarios de la clínica son pacientes que no cuentan con ninguna otra seguridad social como IMSS o ISSSTE, por tanto, son atendidos quienes están afiliados al Seguro Popular, si no cuentan con él, en su momento se realiza su adscripción. Para ello, requieren lo siguiente para su afiliación: 1) Acta de Nacimiento, 2) Identificación Oficial, 3) CURP y 4) Comprobante de domicilio, en este es importante que quienes solicitan atención en ese centro de salud sean habitantes cercanos de la demarcación del mismo.

B. Atención a mujeres que solicitan la interrupción legal del embarazo

Para acceder a una interrupción legal del embarazo dentro de la Centro de Salud T-III México España, se les pide a las mujeres que desean ser usuarias del servicio, que se presenten antes de las 7 de la mañana.

La atención empieza a las 8 horas, sin embargo, es importante llegar más temprano para que las mujeres alcancen ficha, pues cuando se llega a la clínica, se hace una fila del lado izquierdo y conforme fueron llegando serán atendidas. En primer lugar, se anotan en un listado y el policía te indica en qué fila formarte. La fila que se hace de lado derecho es para consultas de medicina general, los pacientes también empiezan a llegar muy temprano, para alcanzar ficha y poder ser atendidos. Para el caso de la ILE, se recomienda ir acompañadas de algún familiar o persona de confianza.

Siendo las 7:30 am, la fila de mujeres, incluyendo parejas y acompañantes, son ingresadas al centro de salud. En este momento se indica por un policía de seguridad privada que tomen asiento como fueron llegando, en este momento se separan las mujeres que serán atendidas de quienes las acompañan, los acompañantes, algunos alcanzan sillas y otros no, algunos de pie, intentan seguir cerca de sus acompañadas. También se les recuerda a las mujeres que al momento de darles acceso al servicio de ILE se les van a solicitar sus documentos, de acuerdo al desglose del Cuadro 6:

Cuadro 5. Requisitos para acceder al servicio de ILE

Residentes de la CDMX:	Menores de edad:	Residentes de otros estados:
Identificación oficial, en original y copia. Comprobante de domicilio (último recibo de predial, luz, agua, gas, televisión de paga, teléfono fijo o servicio de internet), en original y copia.	Acta de Nacimiento en original y copia. CURP. Credencial o documento con fotografía reciente (credencial de la escuela o certificado de estudios) en original y copia.	Original y copia de identificación oficial. Comprobante de domicilio en original y copia. Un acompañante con identificación oficial en original y copia.

	Comprobante de domicilio en original y copia. Acudir acompañada por madre, padre, tutor o representante legal con identificación oficial y comprobante de domicilio, ambos en original y copia.	
--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Una vez que son las 8 am, las mujeres que se encuentran sentadas en la sala de espera, se van parando en el mismo orden en el que fueron llegando para hacer una fila afuera de la puerta que da entrada al servicio de interrupción legal del embarazo. Se inicia entonces el recorrido dentro del propio servicio de ILE.



Fotografía de la sala de espera donde se lleva a cabo la consejería grupal.

5.4 Características sociodemográficas y epidemiológicas de las usuarias del servicio del 2016

Como se mencionó la Clínica de Salud Reproductiva Integral “Marta Lamas” fue inaugurada en febrero de 2012 año en que se atendieron 2036 interrupciones de embarazo. En 2013 fueron atendidas 3081 mujeres, para el 2014 se recibieron 3354 mujeres para el protocolo de ILE. Mientras que en 2015 fueron 3459 las mujeres que llegaron a la clínica y en 2016 se atendieron a 4229. Cabe destacar que éste último año es el que empleamos como muestra para la presente investigación. En la gráfica 1, podemos observar que se incrementa la demanda y atención de mujeres que desean interrumpir un embarazo en la mencionada clínica.

Gráfica 1. Muestra el número de casos atendidos anualmente del 2012 al 2016 en el CSTII México España



Fuente: Elaboración Propia con datos obtenidos del archivo del CSTIII México España.

Los métodos empleados para la interrupción legal del embarazo son: 1) Medicamentoso, 2) Quirúrgico y 3) Ninguno, este último en los casos donde las mujeres llegaron al proceso y en algún punto del protocolo (antes de tomar algún medicamento para la interrupción) decidieron abandonarlo. A continuación, se presenta el desglose desde 2012 al 2016.

Tabla 2. Muestra el total de procedimientos realizados por año en el CSTIII México España

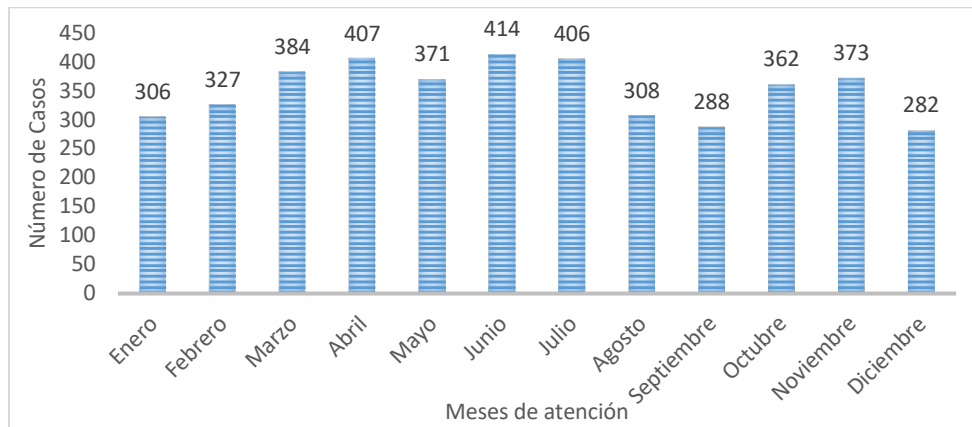
PROCEDIMIENTOS	2012	2013	2014	2015	2016
MEDICAMENTOSO	1705	2616	2737	3016	3784
QUIRÚRGICO	134	258	294	344	424
NINGUNO	197	207	323	99	21
TOTAL	2036	3081	3354	3459	4229

Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Si profundizamos en los datos del año 2016, podemos observar la cantidad de mujeres que ingresaron al servicio de ILE por cada uno de los meses. En el mes de enero fueron 306 mujeres las atendidas en dicho servicio, lo que representa el 7.2% de los casos atendidos durante ese año, en febrero fueron 327, que representa el 7.7%, en marzo, el 9.0% con 384, siendo el 9.6% en abril con 407 casos, en el mes de mayo sumaron 371, representando el 8.8%, en junio 414 suman el 9.8%, en el mes de julio fueron 406 con el 9.6%, en agosto 308 con el 7.3%, en septiembre 288 con el 6.8%, en octubre 362 con el 8.6%, en noviembre 373 que representa el 8.8% de los casos y en el mes de diciembre fueron 282 que representan el 6.7% de las mujeres que recibieron atención en el servicio de IILE durante 2016.

A continuación, se presenta una gráfica donde se puede observar que la media de las mujeres atendidas por el servicio de ILE mensualmente fue de 352. Mientras que hubo meses donde se elevó la atención, estos meses fueron: abril, junio y julio con 407, 414 y 406 casos, respectivamente. Así, existieron meses que reportaron casos por debajo de esta media, estos son: enero, agosto, septiembre y diciembre, con 306, 308, 288 y 282 mujeres atendidas, respectivamente.

Gráfica 2. Mujeres atendidas por el servicio de ILE en el CSTIII México España durante 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

En cuanto a las edades de las mujeres que acceden a la ILE, de acuerdo al análisis de los datos del archivo del CSTIII México España, fue necesario hacer rangos de edades para la mejor representación de los datos. Las mujeres atendidas van de los 14 a los 49 años de edad. En la tabla 2 se muestran las frecuencias de edad por los rangos establecidos:

Tabla 3. Se muestran las frecuencias por rangos de edad entre los 4229 casos atendidos durante 2016

Edades	Mujeres atendidas	Porcentaje
14-17	154	3.6
18-24	2093	49.5
25-29	1019	24.1
30-34	542	12.8
35-39	300	7.1
40-44	110	2.6
45-49	10	0.3

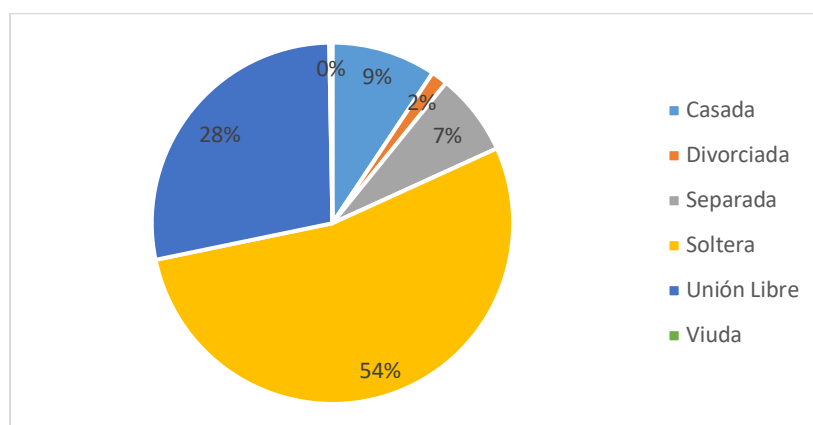
Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Se puede observar que el rango de edad en el que más requieren una interrupción legal del embarazo es entre los 10 y los 24 años de edad, representando el 49.5%

de toda la muestra. El siguiente rango es de 25 a 29 años de edad, con el 24.1 %, bajando el porcentaje para el rango de 30 a 34 años de edad, con el 12.8%. En menor medida se encuentran las mujeres entre los 30 a 39 años de edad con un 7.1% y en porcentajes mucho menores los rangos restantes, 40 a 44 años de edad con un 2.6% y de 45 a 49 años de edad con un 0.3%. Siendo el grupo de menores de edad que van de los 14 a los 17 años de baja frecuencia con un 3.6%.

Respecto del estado civil de las usuarias, en la gráfica 3, se puede observar que en mayor porcentaje, 53.5% de las mujeres reportan estar solteras. Del total de la muestra, 1180 mencionan vivir en unión libre, representando el 28%; 395 informaron estar casadas, siendo el 9.4% de ellas, 311 mencionaron estar separadas, representando el 7.5% del total de la población, 62 dijeron estar separadas y representan el 1.5%, finalmente, el 0.3 menciona estar viuda, con 12 mujeres del total de la población que lo reportaron.

Gráfica 3. Estado Civil de las Mujeres atendidas en el Servicio de ILE en el CSTIII México España



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

En lo referente a la escolaridad de las mujeres que fueron atendidas durante 2016, en la tabla 3, se puede observar que la frecuencia de escolaridad más alta es la preparatoria, representando el 46.2%, con 1954 mujeres, el nivel siguiente en porcentaje es secundaria con 26.7%, seguido del nivel licenciatura con 885 mujeres

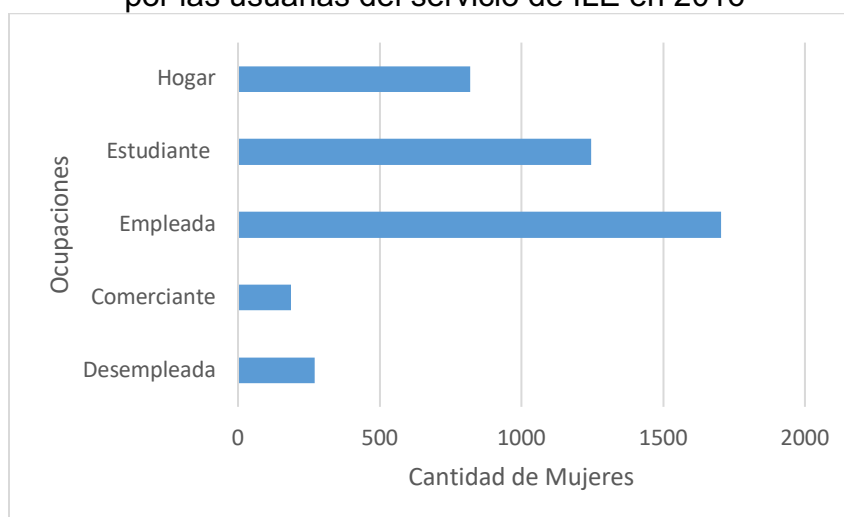
que representan el 21%, en porcentaje menor son las mujeres que cuentan con primaria, siendo 166 mujeres que conforman el 3.9%, el grado de posgrado representa el 1.5% con 61 mujeres en todo 2016 y tan solo el 0.3%, con 14 son las mujeres que reportan no tener escolaridad.

Tabla 4. Se desglosan los niveles educativos reportados por las mujeres atendidas en el servicio de ILE del CSTIII México España en 2016

Escolaridad	Total de Mujeres	Porcentaje
Ninguno	14	0.3%
Primaria	166	3.9%
Secundaria	1131	26.7%
Preparatoria	1954	46.2%
Carrera Técnica	18	0.4%
Licenciatura	885	21%
Posgrado	61	1.5%

Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España. En cuanto a las ocupaciones de las usuarias del servicio de ILE durante 2016, se encontró que el 40.3% reporta ser empleada, el 29.4% mencionó ser estudiante, el 19.4% estableció dedicarse al hogar, el 6.4% reportó estar en condición de desempleo y el 4.4% afirmó ser comerciante.

Gráfica 4. Muestra las ocupaciones reportadas por las usuarias del servicio de ILE en 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

En lo referente a la religión, el análisis muestra que las mujeres atendidas durante el 2016, principalmente se dicen participes de la religión católica, representando el 64.3%, con un total de 2717 mujeres que mencionan practicar el catolicismo. Un dato interesante es el dato siguiente, pues el 28% mencionó no pertenecer a ninguna religión, teniendo dicha afirmación 1173 mujeres que aseguran no practicar ninguna religión. El resto de la población se disgrega por otras religiones con menos adeptas, como son la religión Cristiana, las mujeres que se dicen Creyentes pero no practicantes y religiones como: Santería, Budismo, Espiritismo, incluso una mujer mencionó pertenecer a la religión Musulmana.

Tabla 5. Muestra las principales religiones practicadas por las mujeres atendidas en el servicio de ILE en el año de 2016, el orden es jerárquico descendente

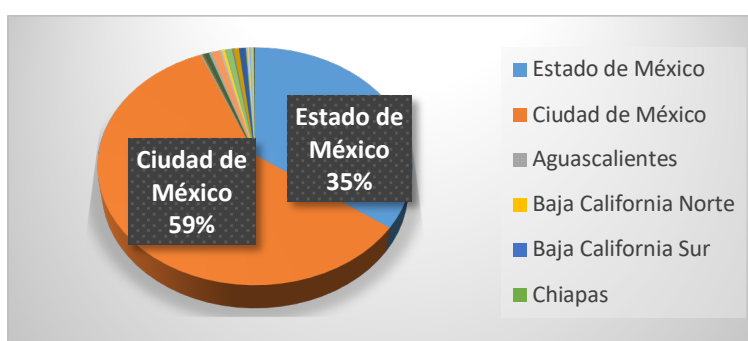
RELIGIÓN	CANTIDAD DE MUJERES	PORCENTAJE
Católica	2717	64.30%
Ninguna	1173	28.00%
Cristiana	159	3.80%
Creyente	131	3%
Mormona	10	0.30%
Santera	7	0.20%
Budista	6	0.20%
Evangélica	5	0.10%
Testigo de Jehová	3	0.07%
Espiritista	2	0.04%
Otra	2	0.04%
Musulmana	1	0.02%
Adventista	1	0.02%
Apóstata	1	0.02%

Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

En cuanto a la procedencia de las usuarias del servicio, se observa claramente que más de la mitad son mujeres que radican en la Ciudad de México, con un 59% del total, siendo 2489 las habitantes del centro del país quienes acudieron al

procedimiento de ILE en la muestra de 2016 del CSTIII México España. Otro tanto importante es de mujeres que viven en el Estado de México, siendo el 35% del total con 1477 mujeres que mencionaron provenir de este estado. Son los menos casos los de mujeres que vienen del interior de la República para acceder de manera libre, segura y gratuita a la ILE. Las mujeres que reportan venir de otros estados son: 17 de Guadalajara, 43 de Hidalgo, 11 de Jalisco, 16 de Michoacán, 31 de Morelos, 25 de Puebla, 29 de Querétaro y 16 de Veracruz, principalmente.

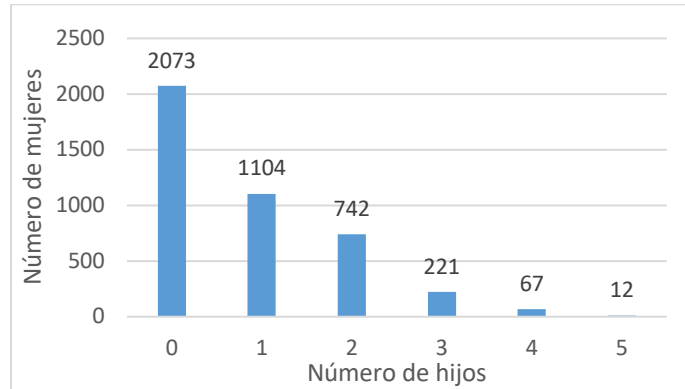
Gráfica 5. Procedencia de las usuarias de ILE en 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Otro aspecto trascendente de análisis es el número de hijos nacidos vivos que las mujeres atendidas en el servicio de ILE en 2016 refieren tener. En un número importante, las mujeres mencionan que no tienen hijos, representando el 49% de la muestra con un total de 2073 mujeres que lo mencionan, el 26% de las mujeres mencionar tener un hijo, siendo un total de 1104; el 17.6% de las mujeres mencionan tener 2 hijos, siendo ellas 742 del total de la muestra, se nota una disminución del porcentaje para la referencia de 3 hijos, con un 5.2% de mujeres que afirman contar con dicha cantidad de hijos, siendo 221 éstas mujeres, tan solo el 1.6% de las mujeres mencionan tener 4 hijos, ellas son en total 67, finalmente 12 mujeres mencionan tener 5 hijos, lo que representa el 0.3% de la muestra. A continuación, se presenta la gráfica 6, donde se puede apreciar mejor la dispersión de los datos.

Gráfica 6. Se representa la cantidad de hijos que las mujeres atendidas por ILE mencionaron tener al momento de solicitar el servicio



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Al hablar de los métodos anticonceptivos, las mujeres en su mayoría reportan no haber empleado algún anticonceptivo en, siendo el 92% de las mujeres atendidas las que lo mencionan. Con un uso en menor porcentaje se menciona el uso de DIU T de cobre, DIU Mirena, parches, pastillas y condón, siendo el condón el más empleado con el 4.9% del total de la muestra.

Se nota un cambio significativo en este rubro, las mujeres, posterior a la consejería eligen el empleo de un método anticonceptivo, el 54% de las mujeres optan por el implante, siendo 2268 del total las que salen con éste método después del procedimiento de interrupción. El método por el que optan como segunda opción es el DIU Mirena, que representa el 20.1% de las mujeres, siendo reportado por 878 mujeres. Se destaca la elección de otros métodos, como inyecciones, parchas y pastillas. En 6 de los casos, las parejas masculinas de las usuarias de ILE decidieron realizarse la vasectomía sin bisturí que es ofertada en la Clínica.

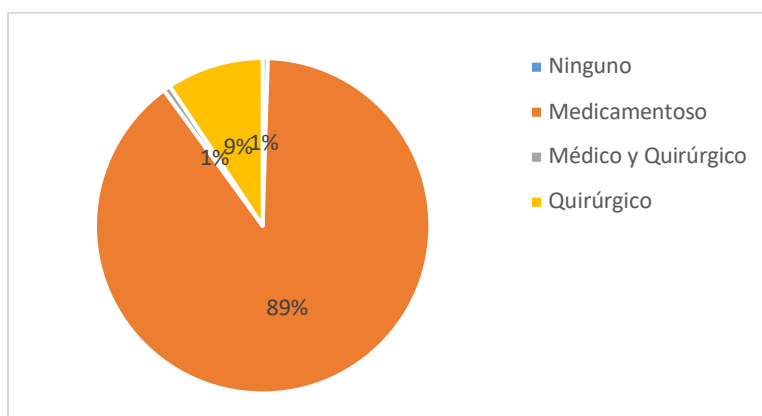
Tabla 6. Métodos anticonceptivos empleados por las mujeres antes y después de la ILE

Método Anticonceptivo PreILE	Número de Mujeres	Porcentaje	Método Anticonceptivo PostILE	Número de Mujeres2	Porcentaje
Condón	204	4.90%	Condón	48	1.10%
Condón-Vasectomía	0	0%	Condón-Vasectomía	6	0.20%
DIU	31	0.80%	DIU Mirena	878	20.10%
DIU T	10	0.25%	DIU T	62	1.50%
Implante	1	0.20%	Implante	2268	54%
Inyecciones	26	0.60%	Inyecciones	195	4.70%
Parches	18	0.40%	Parches	422	10%
Pastillas	29	0.70%	Pastillas	251	6%
Sin método	3894	92%	Sin método	2	0.04%
Trae Implante	0	0%	Trae Implante	1	0.20%
Sin información	15	0.40%	Sin información	95	2.20%

Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Al hablar de los procedimientos específicos para la ILE en el CSTIII México España, se reporta el medicamentoso, quirúrgico y médico y quirúrgico. Del total de las 4229 mujeres que fueron atendidas en el 2016, 21 mujeres fueron reportadas como “Reconciliación con embarazo” y representan el 0.5%, este reporte se hace cuando las usuarias acuden al servicio de ILE y antes de iniciar el procedimiento deciden salir del protocolo. En mayor medida las mujeres son atendidas con medicamentos, representando el 89.5% del total, siendo 3784 las mujeres atendidas bajo éste régimen, en menor cantidad, las mujeres son atendidas quirúrgicamente, siendo 9.4% de los procedimientos realizados por esta vía, con un total de 395 mujeres intervenidas para la ILE, aún menor son los casos de mujeres que emplean ambos métodos, el quirúrgico y el medicamentoso, representando el 0.7% del total, con 29 mujeres reportadas bajo este esquema.

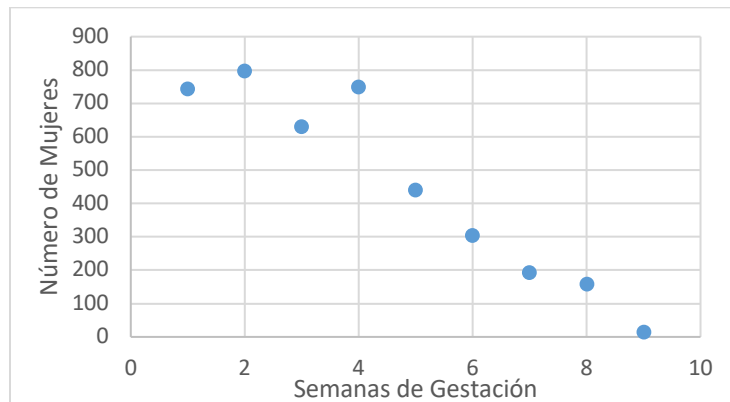
Gráfica 7. Concentración de datos por procedimiento para la ILE, 2016



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Aunado al procedimiento con el que fueron interrumpidos los embarazos de las mujeres atendidas de en el Centro de Salud, es importante analizar el momento del embarazo en el que las mujeres llegaron a solicitar la interrupción, esta medida es la edad gestacional del embarazo que presentan, se cuantifica por semanas de gestación. Para una mejor comprensión de los datos, se hicieron rangos de edad gestacional: 1) 4-4.6, en esta muestra representa el 17.6% del total de mujeres con 742 casos, 2) 5-5.6, con el 18.9% de los casos que nos habla de 797 mujeres, 3) 6-6.6, representando el 14.9% con el 630 de mujeres que llegaron con este rango de edad gestacional, 4) 7-7.6 representando el 17.7% de los casos con 748 mujeres. Se puede observar en la gráfica 7 que la concentración de los datos se encuentra en estos rangos de semanas gestacionales. A partir del siguiente rango, 5) 8-8.6, comienza a disminuir la frecuencia de casos, con un 10.4% del total, siendo 440 las mujeres que presentaron este rango de semanas de gestación, continúa disminuyendo, 6) 9-9.6 con el 7.2% de los casos, siendo 303 las mujeres que conforman dicho rango, 7) 10-10.6 se aprecia una baja significativa, quedando en 4.6% con un total de 193 casos, 8) 11-11.6 presenta 158 casos que representan el 3.7% de la muestra y finalmente, 9) 12 que reporta solo 13 casos, representando un 0.30%. Posterior a estas semanas ya no podrían estar incluidas en el programa de ILE, en estos casos se les recomienda continuar con el embarazo (Ver gráfica 8).

Gráfica 8. Frecuencias de las semanas de gestación en las mujeres atendidas en el servicio de ILE en el CSTIII México España en 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del archivo del CSTIII México España.

Muestreo de mujeres atendidas durante 2017

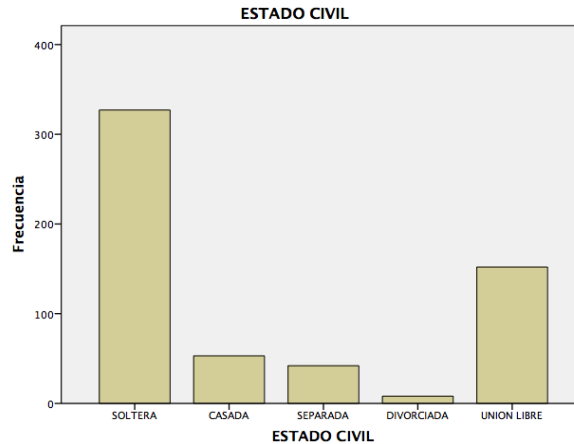
Es importante mencionar que se trabajó con un muestreo aleatorio de las mujeres atendidas en 2017, cubriendo 582 casos, en los que se tomaron las variables: Edad, número de hijos, religión, estado civil, nivel educativo, ocupación, consejería, procedimiento, menarca, inicio de vida sexual activa, ritmo menstrual, número de gestas, partos, abortos, cesáreas, ILE previos, hijos, semanas de gestación, revisión y método anticonceptivo.

Las edades se organizaron en 7 rangos, de los cuales se puede observar que las mujeres que acuden con mayor frecuencia al servicio, oscilan entre los 18 y 24 años de edad, representando el 46.9% de la muestra. El siguiente rango de edad corresponde a las mujeres entre los 25 y 29 años de edad, con un 24.7%. En los picos de los rangos encontramos la menor frecuencias de las mujeres que se acercan al servicio de ILE, como son las mujeres entre 14 y 17 o de los 40 a las 49 años de edad.

Como una de las principales características sociodemográficas de las mujeres es el estado civil de cada una, ellas puntualizan diferentes situaciones: soltera, casada, separada, divorciada, unión libre. Las mujeres solteras representan el 56.2 % del total del muestreo, en menor medida pero sí en una rango importante, las mujeres

mencionan estar en unión libre.

Gráfica 9. Estado civil de las mujeres

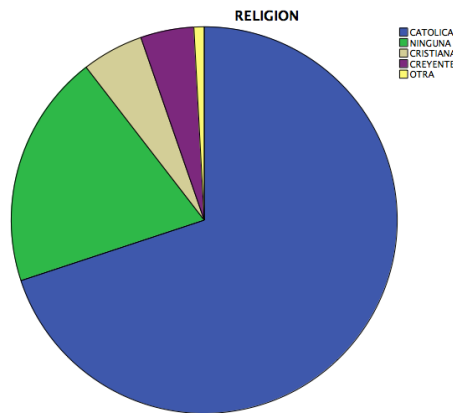


Gráfica 9. Elaboración propia con datos del CSTIII ME.

En lo que tiene que ver con la escolaridad de las mujeres, el 48.1% manifiesta tener concluidos los estudios de preparatoria, mientras que el 29% señala tener estudios de nivel profesional, siendo el menor de los casos, las mujeres con solo educación básica o sin educación, así como con posgrado.

En cuanto a su ocupación, las mujeres con un empleo representan el 41.4%, las que son estudiantes representan el 30.1%, el 15% se dedica al hogar, el 4.8% se dedica al comercio y el 8.6% se encontraba desempleada al momento de recibir la atención en el Centro de Salud. También mencionan ser afines a diferentes religiones, dominando significativamente, el catolicismo, con una representación del 69.9%, mientras que el 19.6% menciona no participar de ninguna religión o creencia, en el menor de los casos las mujeres se sienten afines a otras expresiones religiosas.

Gráfica 10. Detalla la adscripción religiosa de las usuarias



Gráfica 10. Elaboración propia con datos del CSTIII ME.

En cuanto al lugar de procedencia, las mujeres principalmente radican en la Ciudad de México, con el 52.2%, sin embargo, una señalización importante es el que las mujeres del Estado de México están accediendo al servicio, como se ve al representar el 40%, quedando un 7.7% el porcentaje de las mujeres que vienen de otros estados de la república para acceder al proceso de ILE.

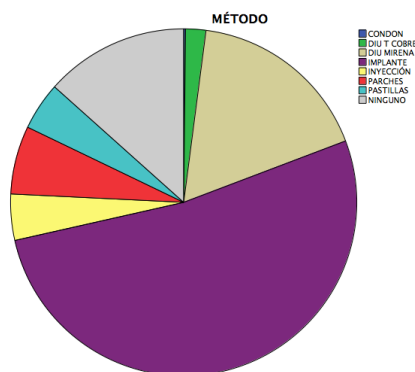
En cuanto a la cantidad de hijos que las mujeres mencionan tener, el 49.1% nos dice que no tiene hijos nacidos vivos, el 26.3% menciona tener un hijo, el 16.5% señala tener 2 hijos, mientras que el 5.7% tiene 3 hijos, el 1.7% tiene 4 hijos, el 0.3% tiene 5 hijos y el 0.2% tiene 6 hijos.

En términos de atención, el 88.7% ha sido por vía medicamentosa, mientras que el otro 11.3% ha sido por medio de la aspiración. De manera tal que la consejería a la que han accedido corresponde a los mismos porcentajes, 88.7% y 11.3%, respectivamente, de un total de 582 casos de una muestra representativa de la población total atendida en 2017. En cuanto a regresar a revisión, se pudo constatar que el 63.6% de las mujeres que son citadas para revisión sí acuden a ella, mientras que el 25.4% no lo hace, el otro 11% corresponde a mujeres que fueron atendidas por aspiración y que no son citadas para dicha revisión.

En cuanto al método anticonceptivo post evento de ILE, se obtuvo que el 52.2% de

las mujeres optó por el implante subdérmico con el 304 de los casos, el 17.2 de las mujeres eligió el DIU medicado como opción anticonceptiva y el 13.4% de las mujeres no optaron por algún método de anticoncepción. En menor porcentaje, las mujeres están optando por inyecciones, parche, pastillas o la T de cobre. Se nota una cantidad importante de mujeres que eligen los métodos de larga duración para su cuidado anticonceptivo.

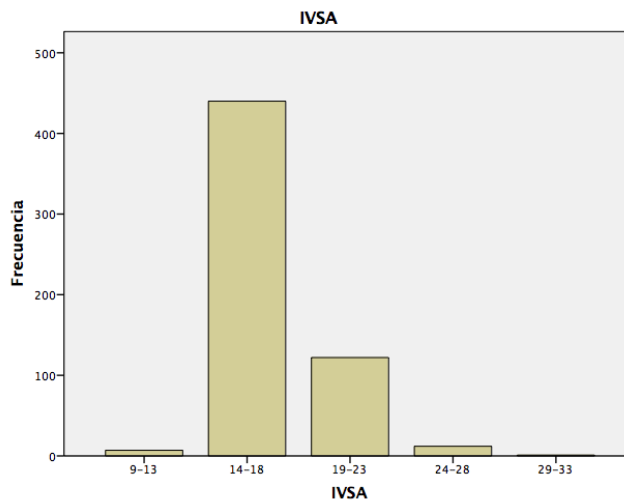
Gráfica 11. Distribución de la elección de métodos anticonceptivos post ILE



Gráfica 11. Elaboración propia con datos del CSTIII ME.

En términos de los antecedentes ginecológicos de las usuarias, se encontró que las mujeres en el 59.6% de los casos presentan la menarca entre los 12 y 14 años de edad, mientras que el 24.7% la presenta entre los 9 y 11 años de edad, siendo el 14.8% de los casos quienes la presentan entre los 15 y 17 años, y sólo el 0.9% de las mujeres la presenta entre los 18 y 20 años de edad. Mencionan tener un ritmo menstrual entre los 25 y 29 días de cada mes el 61% de las mujeres, mientras que el 32.8% de las mujeres presenta su menstruación cada 30 o 34 días, representando un 32.8%. En cuanto al inicio de su vida sexual activa, las usuarias del servicio mencionan haber tenido su primer encuentro sexual entre los 14 y 18 años de edad, siendo un 75% quienes lo manifestaron y quedó asentado en el expediente; el 21% menciona haber iniciado su vida sexual entre los 19 y 23 años de edad, con menores porcentajes se representan otras edades entre los 9 y 33 años de edad.

Gráfica 12. Inicio de la vida sexual activa



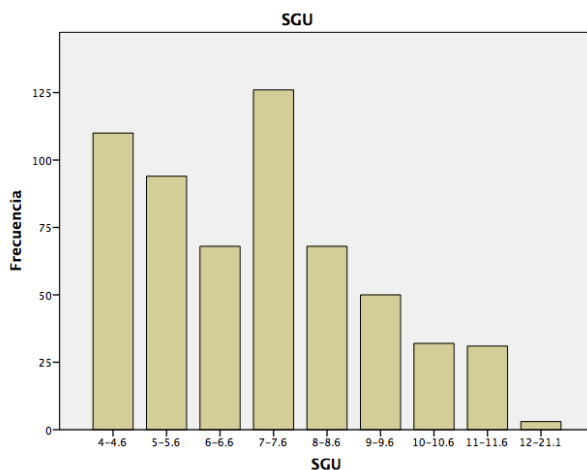
Gráfica 12. Elaboración propia con datos del CSTIII ME.

Para la muestra representativa de las mujeres atendidas en 2017, el 38.3% de ellas, mencionó que era su primera gesta el caso de esta interrupción, mientras que el 30.2% mencionó que era su segunda gesta, el 18.2%, para el 8.4% representaba su cuarta gestación, el 3.3% mencionó que era su quinta y en el menor de los casos fue su sexta o séptima gestación. Podemos afirmar que el dato se concentra en 1 y 2 gestaciones.

De lo anterior, el 68% señaló no haber tenido algún parto, el 16.7% mencionó tener solo un parto y el 10% dos partos, en mucho menor porcentaje, se presentaron tres, cuatro, cinco y seis partos. El 75% mencionó no haber tenido alguna cesárea, el 19.4% de las mujeres ha tenido una cesárea y en menores porcentajes, dos o tres cesáreas. En cuanto a abortos, el 88.5% de las mujeres mencionó no haber tenido en su historia ginecológica algún aborto, el 9.8% mencionó sí haber tenido un aborto, mientras que el 1.5% y el 0.2%, habían tenido o y tres abortos respectivamente. En lo referente a procedimientos de ILE previos, el 86.3% mencionó no haber tenido alguna ILE anteriormente, mientras que el 12.9% mencionó tener un procedimiento de ILE previamente, tan solo el 0.7% y el 0.2% reportaron haber tenido dos y tres procesos de ILE, respectivamente.

Las semanas de gestación con las que las mujeres llegaron al servicio de ILE del Centro de Salud TIII México España, son del 26.6% con 7 a 7.6 SDG, el 18.9% presentó 4-4.6 SDG, mientras que el 16.2% presentó de 5 a 5.6 SDG cuando ingresó al servicio, el 11.7% tenía entre 8 y 8.6 SDG, el mismo porcentaje corresponde al rango de 6 a 6.6 SDG, el 8.6% lo hizo cuando tenía entre 9 y 9.6 semanas de gestación, el 5.5% solicitó el servicio al tener 10 a 10.6 semanas de gestación, el 5.3% tenía entre 11 y 11.6, en el menor de los casos, las mujeres se presentaron al tener entre 12 y 12.1 SDG. Podemos ver como el dato se concentra en la semana 7 y 4, baja un poco pero es una cifra importante en la semana 5, 6 y 8, de ahí se observa claramente cómo va disminuyendo conforme avanzan las semanas de gestación.

Gráfica 13. Semanas de gestación al momento de la ILE



Gráfica 13. Elaboración propia con datos del CSTIII ME.

La intención de este muestro fue profundizar en variables que no habían sido consideradas en el anterior análisis estadístico de las características sociodemográficas de las usuarias, sobre todo aquellas variables correspondientes a los antecedentes ginecológicos de las usuarias de ILE.

5.5 Interacción entre usuarias, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del CS-TIII México España

Los actores que intervienen en el protocolo de Interrupción Legal del Embarazo se van vinculando a través de roles preestablecidos y funciones dictaminadas a partir

del Manual de Procedimientos donde puntualmente aparecen sus actividades, a la vez, cada una de estas funciones e interacciones han sido observadas *in situ*. Podemos hablar de los actores por parte del sector salud que dan cuerpo al protocolo de atención: Admisión, se cuenta con dos mujeres en admisión, Somatometría (Personal de enfermería, una enfermera de base, jefa de enfermeras, pasantes de enfermería y un enfermero por parte de IPAS), Médicos, se encuentran 5 médicos, 1 médico que realiza vasectomías pero también atiende el programa de ILE, 3 médicos en consultorio, incluyendo al jefe del servicio y un médico en quirófano, por parte de IPAS; y Trabajadoras Sociales, 2 mujeres encargadas del área de consejería, son quienes tienen contacto con las usuarias y con sus familiares (Ver Figura 8).

Figura 9. Personal de salud encargado del programa de ILE



Fuente. Elaboración propia.

A continuación, se profundiza en las actividades específicas que realiza cada uno de los roles que tienen los prestadores del servicio: recepción, trabajo social, médicos y enfermeros.

ADMISIÓN

Es el área o servicio atendido por personal administrativo y es el primer contacto que tiene la usuaria para el acceso a los servicios de la Clínica Integral de Salud

Reproductiva, en este servicio se apertura el expediente clínico previa entrega de sus documentos personales.

Todos los prestadores de servicio llegan a las 7am, hora en que las usuarias ya se encuentran formadas fuera del Centro de Salud, a las 7:30 se les da ingreso al área fuera de la Clínica de Saludo Sexual y Reproductiva “Marta Lamas”, una vez ahí, el personal de admisión (2 mujeres) comienzan la revisión de documentos, verificando que las usuarias cuenten con original y copia de cada uno de estos, además de su identificación oficial con fotografía. A quienes no cuenten con la documentación no se les otorga el servicio y se les indica que regresen con los documentos completos al siguiente día.

Cuando se han ingresado las pacientes que serán atendidas durante ese día, se les da el paso a la sala de espera que se encuentra dentro de la clínica de ILE. Se les pide a las pacientes que tomen agua porque “van a pasar a ultrasonido”. Entonces, las mujeres serán atendidas en somatometría por enfermería y en ultrasonido por los médicos.

SOMATOMERÍA

Por parte del equipo de enfermería, les toman los signos vitales a las pacientes y las medidas antropométricas como talla, peso, diámetro en vientre, etc. así mismo se registran los medicamentos de las pacientes y se les toman las muestras de laboratorio. Se checa frecuencia cardiaca respiración, tensión arterial y temperatura. Llena en el expediente lo concerniente a su área. Entonces, pasa a la paciente a ultrasonido.

ULTRASONIDO

Todas las mujeres, comienzan a pasar al ultrasonido, en este lugar, les indicarán las semanas de gestación (edad gestacional) con las que cuentan y se les comunica si continúan o no con la interrupción. En caso de que las mujeres superen las 12.1 semanas de gestación, no serán admitidas en el programa; tampoco aquellas en

quienes el embarazo todavía no es visible en ultrasonido (fracción beta), a ellas, se les indica regresar una semana después, pensando que ya sea visible su embarazo. El número de semanas de gestación determina el tratamiento a utilizar: Medicamentoso o Aspiración Manual Endouterina Eléctrica.

CONSEJERÍA

Las dos trabajadoras sociales son las encargadas del área de consejería, hacen la distinción entre: a) Consejería Individual y b) Consejería grupal. La consejería individual está pensada para las mujeres que van a interrumpir su embarazo vía aspiración (método quirúrgico), ellas son ingresadas de manera individual al espacio de consejería, en donde las trabajadoras sociales les explican el método a través del cual se va a llevar a cabo su interrupción y les agendan los horarios de acuerdo al espacio en el quirófano. Cuando dan paso a la paciente, las trabajadoras sociales, también pasan al acompañante de la mujer y le piden que se presente con ella el día de la interrupción pues deberá tener en todo momento alguien a quien se le den informes de cómo va el procedimiento y cómo se encuentra la usuaria.

La consejería grupal está dirigida a las usuarias que interrumpirán el embarazo mediante medicamentos, en su caso, la plática es llevada a cabo en la sala de espera y se pide como requisito que se encuentren todas las pacientes que serán atendidas ese día. La consejería inicia cuando ya se tomaron los signos vitales de las pacientes y ya pasaron a ultrasonido, entonces, todas tienen que estar presentes y prestar atención. En ese momento las demás áreas continúan avanzando sus actividades y preparándose para la atención de las pacientes.

En la consejería se abordan 4 puntos fundamentales: 1) Confirmar que desean interrumpir de manera voluntaria su embarazo, derecho a decidir e importancia de la cita de seguimiento; 2) Forma de tomar el misoprostol y signos de alarma, 3) Anticoncepción, desde ese momento se les pregunta si utilizaran un método así como cuál elegirán para solicitarlo en farmacia; y 4) Salud Sexual: importancia del papanicolaou, exploración de mamas y cuidados ginecológicos.

MÉDICOS

Una vez que las pacientes terminan la consejería, se les permite desayunar en la sala de espera mientras comienzan los preparativos para recibirlos en consultorio. Dado que las mujeres pueden optar por colocarse algún método anticonceptivo desde el primer día, las solicitudes deben llevarse a farmacia por parte de admisión, pero son contraladas por el área médica.

Una vez en el consultorio, se termina el llenado del expediente de la usuaria a través de la entrevista y posteriormente, se le da a tomar la mifepristona en el consultorio (el médico debe ver que la mujer está tomando el medicamento). Si optó por el uso de algún anticonceptivo de larga duración, este será implementado después de que se tome la mifepristona.

La clínica de salud sexual y reproductiva es un espacio donde convergen tanto el aparato médico que ejecuta la ILE, como las usuarias, de tal suerte que el trabajo de campo permitió ver en escena el *habitus médico*, con todas las características señaladas por la antropología médica crítica. La etnografía hospitalaria es la aplicación de un método para la obtención de información en el ámbito de la praxis médica.

Se observó cómo las mujeres son sujetas a una serie de reglamentaciones para poder llevar a cabo la suspensión de su embarazo, desde los trámites y papeleos necesarios para su ingreso en el servicio, como el llenado de los papeles, el consentimiento informado, la elección de un método anticonceptivo, la docilidad con la cual se performatean las mujeres para ser bien atendidas, la toma del medicamento frente al médico y el regreso a la revisión, para confirmar que se interrumpió el embarazo.

Llegan a existir tensiones entre los prestadores del servicio, en la medida que el tiempo está muy limitado, se trabaja sobre reloj y cualquier atraso de un área va a tener consecuencias en el retraso de otra área. Los prestadores del servicio hacen

su trabajo bajo presión, considerando los tiempos marcados por los lineamientos preestablecidos. El protocolo inicia a las 9:00 con la consejería y las mujeres que interrumpirán su embarazo mediante medicamentos, salen de la clínica aproximadamente a las 12:00 del día. A esa hora empiezan a llegar las mujeres de revisión, por lo cual ya debe estar evacuada la clínica de parte de las mujeres que iniciaron proceso ese día.

Se documentaron pocas fricciones entre las mujeres y los médicos, se tiene antecedente de una mujer que pidió ser atendida por otro médico y que solicitó información para levantar su queja en la dirección, pues mencionó que el médico se mostró grosero con ella. En ese momento se observó que se le dieron todos los datos para que pudiera oficializar su queja, así como se siguió su petición de ser atendida por otro médico. No se llegó a saber más de la queja, sin embargo, se comentó que siempre se abre la posibilidad de que asistan a la dirección cuando tengan alguna dificultad en el servicio, nunca se vio que se le intentara disuadir, al contrario, se le invitó a continuar con dicha querrela.

En cuanto a las relaciones entre las mujeres, en un principio comienzan el protocolo con mucha tensión, conforme avanzan los pasos y van transitando por los espacios de la clínica, las mujeres comienzan a platicar entre ellas, en la consejería rompen el hielo; se observó que platican entre ellas, se aconsejan y se acompañan entre ellas durante ese día, aunque afuera se encuentren sus familiares o amigos, se sienten cómodas estableciendo vínculos entre ellas.

CAPÍTULO 6

Trayectorias de atención e itinerarios teraputicos de la ILE

6.1 Mujeres participantes y sus trayectorias de atención

Encontrar a las mujeres que quisieran colaborar de manera voluntaria en la investigación, no fue una tarea sencilla, en primer lugar, se elaboraron tipologías que iban acorde a los datos estadísticos derivados del primer análisis del muestreo general de 2016, donde la muestra anual estuvo constituida por 4229 mujeres durante ese año. Estos resultados arrojaron un perfil de usuarias de 18 a 24 años de edad, solteras, que llegan entre las 5 y 8 semanas de gestación, atendidas principalmente con medicamentos, viviendo en la Ciudad de México. En este sentido, la búsqueda estuvo encaminada en contactar a las mujeres que correspondieran con este perfil, sin embargo, existieron complicaciones para concretar las entrevistas con ellas, en su momento se solicitaban sus números telefónicos durante la primera cita que cubrían en la clínica de salud sexual, sin embargo, al llamarles o enviarles mensaje, pocas de ellas contestaron las llamadas.

Como segunda estrategia, se optó por realizar entrevistas en la clínica cuando ellas llegaban a la cita de revisión, es así que se pudieron lograr otras entrevistas, aunado a que pertenecieran a las tipologías, sin embargo, esta segunda estrategia demandó ampliar las tipologías, sumado a la saturación de datos en dicho perfil, por ello, se amplió el rango de edad y se extendió a las mujeres entre los 25 y 38 años de edad, considerando también, un fenómeno importante que estaba ocurriendo y es que las mujeres con menor edad no estaban interesadas en colaborar con la investigación, mientras que las mujeres con mayores edades mostraban más interés por participar en la investigación.

Dos mujeres fueron rastreadas por bola de nieve, con la finalidad de conocer el proceso de interrupción al cabo de unos años de acontecido, lo que se solicitó es que fueran mujeres que se hubieran atendieron en la clínica de salud sexual y reproductiva Marta Lamas, para estos testimonios se contactó con Verónica y Esperanza. De tal manera, la muestra final de las mujeres entrevistadas es de 13

participantes voluntarias, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, en una o dos sesiones, con duración mínima de una hora y máximo de dos horas cada sesión, en algunos casos en la clínica de ILE y en la mayoría de los casos a conveniencia de las participantes (lugar elegido por las mujeres).

A continuación, se presenta un breve análisis descriptivo de la población participante en la fase de entrevistas. Las mujeres participantes tienen entre los 20 y los 38 años de edad, entre los rangos establecidos para la investigación, una mujer se encuentra entre los 18 y 24 años de edad, 6 entre los 25 y 29 años, 4 entre los 30 y 34 años de edad y 2 entre los 35 y 39 años de edad, de tal manera que el grueso de las participantes osciló entre los 25 y 34 años de edad.

El estado civil de las mujeres entrevistadas, en su mayoría es soltera, siendo el 76.9%, con 10 mujeres que manifiestan estar solteras, una mujer menciona estar casada, una de ellas separada y una más vivir en unión libre. En cuanto a la escolaridad, tres de ellas mencionan haber terminado la preparatoria, nueva de ellas, estar concluyendo la licenciatura o tenerla terminada, conformando el 69.2% y una más estar concluyendo la maestría.

En cuanto a la ocupación de las mujeres, una de ellas manifiesta dedicarse exclusivamente al cuidado de sus hijas, menciona que actualmente recibe una pensión por parte del padre de sus hijas, motivo por el cual prefiere dedicarse a la crianza de sus hijas, cinco mujeres más mencionan mantener un trabajo estable de oficina, una de ellas en una cafetería, una más es dueña de un comercio y seis de ellas, mencionan dedicar al estudio, en dos casos lo combinan con algún trabajo.

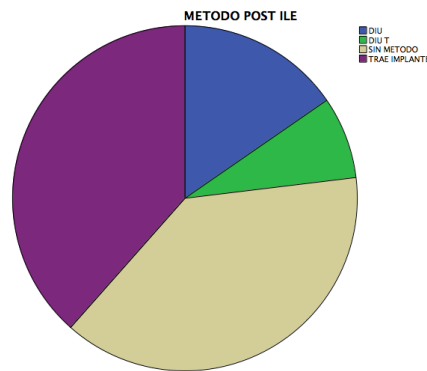
Las creencias religiosas de las mujeres están distribuidas entre seis mujeres que mencionan sentirse afines con el catolicismo, tres con ninguna religión, tres más mencionan ser creyentes católicas o haber sido educadas bajo el catolicismo, pero no llevarlo a cabo a su cabalidad, y una de ellas menciona tener otra creencia que a su manera de expresarlo es ser espiritual.

Del total de mujeres entrevistadas, nueve mujeres mencionan no tener ningún hijo nacido vivo, lo que representa el 69.2%, una de ellas menciona tener dos hijos nacidos vivos y tres de ellas mencionan tener un hijo nacido vivo, correspondientes todos a diferentes grupos etarios. El momento del procedimiento, doce de las trece mujeres recibieron consejería grupal y fueron atendidas por medio de medicamentos, mientras que una de ellas recibió consejería individual y fue atendida mediante procedimiento quirúrgico.

En cuanto a los cuidados anticonceptivos, una de ellas mencionó emplear condón como método anticonceptivo, tres de ellas utilizar el ritmo o el coito interrumpido, mientras que nueve de ellas mencionan no haber empleado algún método anticonceptivo. Posterior a la interrupción, la elección de métodos anticonceptivos se dirige a los métodos de larga duración, dos de las mujeres eligieron el empleo del DIU Mirena, una de ellas del DIU T de cobre, cinco más por el implante, conformando el 71.6% las mujeres que optan por los métodos de larga duración, mientras que cinco de ellas no eligieron algún método anticonceptivo, manifiestan emplear el condón y no estar de acuerdo con el empleo de métodos hormonales, aunado en algunos casos con problemas hormonales a lo largo de su trayectoria de salud sexual y reproductiva.

Es de destacar que la negociación personal con el anticonceptivo se da en dos vías, principalmente porque no sea deseado quedar embarazada y tampoco volver a pasar por una situación de interrupción del embarazo, la segunda vía, tiene que ver con las creencias y experiencia con el uso de anticonceptivos, por ejemplo, si presentan dolores de cabeza, mareos o náuseas por las hormonas, las mujeres abandonarán el empleo del método. En el caso del implante es retirado si presenta sangrados u otros malestares.

Gráfica 14. Cambios anticonceptivos en las participantes



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características de la ILE, la interrupción del embarazo ocurrió entre las 4 y 8 semanas de gestación, con cuatro semanas de gestación llegó una mujer al servicio de ILE, tres de ellas recuerdan tener cinco semanas de gestación, otras tres con seis semanas de gestación, mientras que una mujer llegó con siete semanas de gestación y cinco de ellas con ocho semanas de gestación. Los datos se concentran entre cinco y seis semanas de gestación, existe un salto en la séptima y se vuelve a acumular en las ocho semanas de gestación, donde se observa una mayor representación, con un 38.5%.

Con antecedentes de abortos y/o interrupciones anteriores, seis mujeres manifiestan no tener antecedentes, cuatro mujeres mencionan haber tenido un aborto y/o interrupción de ILE previa al evento considerado en la clínica de salud sexual y reproductiva Marta Lamas; y tres de ellas mencionan tener dos abortos en su trayectoria reproductiva, en el porcentaje de la muestra, el 53.9% representa a las mujeres con antecedentes de aborto, mientras que el 46.1% no ha tenido un evento obstétrico de este tipo en su trayectoria de atención.

Finalmente, en cuanto a la procedencia de las mujeres, nueve de ellas mencionan radicar en el Distrito Federal, dos de ellas en el Estado de México y dos de ellas en el Interior de la República, Chiapas y Yucatán respectivamente, en un caso, exclusivamente llegó a la clínica para la interrupción y en el otro caso, se encontraba

de visita en la CDMX cuando se confirmó su embarazo, entonces decidió acudir a la clínica de ILE del Centro de Salud TIII México España.

El total de las participantes pudo agruparse en las tipologías correspondientes, en primer lugar a edad y posteriormente se hizo una subcategorización basada en primer término en el tipo de procedimiento llevado a cabo y en segundo término, con los eventos obstétricos ocurridos en su trayectoria reproductiva, de tal manera que la organización de los testimonios se puede agrupar de acuerdo a éstas tipologías y queda de la siguiente manera:

Tipología 1. Mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y que no tienen antecedentes de abortos o interrupciones legales del embarazo.

Tipología 2. Mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y tienen antecedentes de abortos o interrupciones legales del embarazo.

Tipología 3. Mujeres que interrumpieron su embarazo con medicamentos y cuentan con hijos nacidos vivos.

Tipología 4. Mujeres que interrumpieron su embarazo mediante el procedimiento quirúrgico (AMEU).

Tabla 7. Tipologías de las participantes.

Tipología 1 Interrupción con medicamentos sin interrupciones previas	Tipología 2 Interrupción con medicamentos con interrupciones previas	Tipología 3 Interrupción con medicamentos y con hijos nacidos vivos	Tipología 4 Interrupción con AMEU
Sonia	Nuria	Esperanza	Daniela
Rosa	Rebeca	Karina	
Tatiana	Eloísa	Verónica	
Vania	Martina	Laura	

Fuente: Elaboración propia.

6.2 Grupo 1.- ILE con medicamentos, mujeres sin abortos previos

Sonia

5.5 semanas de Gestación

Radica en la Ciudad de México

32 años de edad

Sonia, tenía poco de haber terminado con su pareja, una relación de varios años que ya no funcionaba, ellos comenzaron a alejarse poco a poco hasta que terminaron. Una noche salió de fiesta, a la casa de una amiga, recuerda que comenzaron a beber alcohol y ya avanzada la noche consumió marihuana, al otro día sus recuerdos no son muy claros, pero tiene la certeza de haber tenido relaciones sexuales con el primo de su amiga, por lo que procede a tomar la pastilla del día después.

Se percató de su embarazo cuando sintió los síntomas que te indican que “vas a tener tu menstruación” pero no la tuvo, como ella es diabética, pensó que por sus desajustes pudiera deberse a la diabetes el que no le hubiera bajado, al cabo de los días como no presentaba su periodo, decidió hacerse una prueba casera que resultó negativa, sin embargo, ella sentía que “algo no estaba bien”, pensó que estaba embarazada, entonces se hizo una prueba de sangre que salió positiva, aproximándose de 4 a 5 semanas de gestación.

No dudo en buscar información para interrumpir su embarazo, al enterarse de éste, lo comentó con sus amigas, quienes ya habían realizado la interrupción legal del embarazo en alguna ocasión; le comentaron sus experiencias en los servicios privados, sin embargo, ella no tenía para un servicio particular. Su búsqueda la realizó a través de internet y fue así que encontró los datos en la página de ILE, entonces, encontró la clínica del Centro de Salud TIII México España.

Con los datos de la clínica se dispuso a llamar, en esta llamada, se enteró de un requisito que solicitan para la atención que no viene en la página web, le llama la atención este punto porque de hecho observa que el día que asiste con los documentos completos hubo mujeres a las que regresaron por no cumplir con los requisitos, sin embargo, insiste en que no viene en la página.

Comenta que llega al servicio a las 5:30 de la mañana y que ya había mujeres formadas, ella sería la tercera paciente en la fila. A las 7:00 de la mañana la suben a la sala de espera para ingresarlas al servicio de ILE, entonces observa que aproximadamente 7 mujeres no llevan sus documentos completos y les indican que regresen al siguiente día.

Las chicas con las que estuve me dijeron, una había ido el día antes, y no alcanzó y había llegado a las siete de la mañana y no alcanzó ficha porque ya las veinte estaban ahí, y dice "no pues a las 7:05, 7:10 ya estaban todas adentro" [...] "Y dijo (repcionista) "necesito que tengan esto esto y esto" dice "las que no tengan el análisis pueden írselo a sacar ahorita", bueno, y fue ahí donde dije pues si es cierto en ningún momento te dice la página que necesitas un análisis sanguíneo ¿no? entonces pues yo al momento de hablar me enteré y por eso es que lo tenía sino no, porque yo iba a ir justo el día que me iba a hacer el análisis, pero no me dijeron (Entrevista a Sonia, 2017).

Una vez que cumple con todos los documentos que tiene que llevar, pasa por todas las áreas del protocolo, el ultrasonido, considera que la atención es un poco descuidada, menciona que al hacerles el ultrasonido no las ayudan a subirse a la cama o no son atentos, les ponen gel conductor y luego les dicen "Ahí hay toallas, límpiate". Después recuerda que les dan un espacio para salir a comer y posteriormente van ingresando una a una a la consulta con el médico.

En la consulta con el médico le vuelven a explicar la forma de tomarse las pastillas y toman la mifepristona, frente al médico (es importante que el médico vea cuando la paciente toma la mifepristona). Se llena su historia clínica y finalmente, le dan su cita de seguimiento. El día que consume la mifepristona, no presenta síntomas, el segundo día, toma el misoprostol y se dirige a ver a su mamá, quien le dice que vayan a una venta nocturna y ella va porque su mamá no sabe que se encuentra en proceso de interrupción.

En esta venta nocturna comienza el sangrado, éste continúa en su casa, donde le comenta a su mamá que se encuentra menstruando “estoy fea”.

Exactamente pero ahí, bueno yo no le dije a mi familia pero ese fin de semana yo la pase con ellos, entonces de ahí del trabajo me voy con ellos, me tome la pastilla, había tráfico, entonces empecé con un dolor, con esos dolores empecé en el trayecto, o sea, de Polanco a Valle Dorado y pues fue eran dolores horribles, ya nada más alcancé a dormir, a acostarme, dije “me voy a dormir”, porque si no me duermo no voy a aguantar, y agarre y me dormí, pero en ese momento yo no supe, sino ya hasta que nos bajamos del coche este mi mamá nos estaba esperando en la plaza de Tlane donde está el nuevo Sears porque íbamos a ver algo y era venta nocturna, entonces pues ahí me quedé (Entrevista a Sonia, 2017).

Finalmente, llega el momento de la cita de seguimiento, ella llega puntual y le indican que regrese en hora y media después porque apenas están ingresando las mujeres de primera cita. Cuando pasa al ultrasonido, le confirman que su útero está evacuado, se siente aliviada, entonces, espera a que le coloquen el DIU Mirena, después de esta colocación, la dan de alta.

En cuanto a la pareja, agrega que no le comentó porque el embarazo fue resultado de una relación sexual fortuita, menciona que “la depresión y el alcohol no se mezclan”. En lo referente a la decisión de tener un hijo, ella se encuentra muy firme en su decisión de no tener familia, misma decisión que comparten sus amigas pues no siente tener las condiciones para tener un hijo.

Lo que les digo a todos es porque soy egoísta, porque soy muy egoísta con mis tiempos, con mi dinero, conmigo, ahorita mi tiempo es para mí, mi esfuerzo es para mí [...] yo ahorita estoy disfrutando mi tiempo, si yo tuviera un hijo a estas alturas le digo pues no es un compromiso de uno, dos años, ni siquiera de dieciocho, es un compromiso de toda la vida, le digo ahora, no estoy en posición de educar un hijo porque trabajo todo el día porque no tengo un lugar propio porque este, tengo deudas, y porque no quiero dejarlo la verdad, porque no quiero dejar mi ritmo de vida, y ese es una de mis decisiones porque no quiero cambiarlo (Entrevista a Sonia, 2017).

Rosa

5 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

34 años de edad

La trayectoria de atención de Rosa comienza cuando se da cuenta que está embarazada, se encontraba “angustiada, con pánico” porque había tenido

relaciones sexuales sin protección, a pesar de haber tomado la pastilla del día después, sin embargo, comenta que continuó teniendo relaciones sexuales porque ella pensó que “la pastilla detenía la ovulación”. Al momento de no presentar su menstruación, ella pensó que era porque la pastilla provocaba un retraso. Conforme pasaron los días, ella fue pensando la posibilidad de estar embarazada y comenzó a buscar opciones.

En primer lugar, se hizo una prueba casera para saber si estaba embarazada o no, el resultado fue positivo “decidí ir a comprar una prueba de embarazo de esas de las que venden en la farmacia salió positivo, no me quedó duda de que estaba embarazada porque yo tengo un ciclo regular”. Posteriormente, buscó a una amiga que “publica” (en Facebook) cosas de género y ella sabía que ella podía tener información del tema. Es así que contacta a su amiga y ella la pone en contacto con otra amiga que le brinda información acerca de la clínica de salud sexual y reproductiva “Marta Lamas”.

Ese día llegó temprano con su pareja a formarse para el procedimiento, llegó un poco estresada porque la clínica no le queda cerca de su domicilio y no hay transporte tan temprano como para llegar antes de las 7:00 am a la clínica, sin embargo, alcanzo a llegar cuando estaban ingresando a las mujeres y le dieron acceso, pues venía con todos los papeles que les solicitan. Ingresó ese mismo día al protocolo de atención y menciona que su pareja se encontraba en la sala de espera y que se encontraba muy nervioso. Cada vez que podía salir, salía para brindarle información y comunicarle que “todo estaba muy tranquilo”.

Por su parte, se sentía muy tranquila durante su estancia en la clínica, incluso desde el momento de recibir la información por parte de la amiga de su amiga. La pareció que tuvo una buena atención por parte de quienes la atendieron. El procedimiento fue “primero fue la toma de sangre, después es el ultrasonido, y después es la plática” [...]

La señorita que estaba ahí nos dio, además de darnos información pertinente también nos dio información afectiva así como diciéndonos si cuentan con el apoyo de esta clínica,

médicos especializados y sabemos que pasan por este problema y si toman ésta decisión difícil pero esto no tiene que ser un episodio traumático de su vida si no que esto es un evento que se hace profesionalmente y que además es pensando en su bienestar, ese tipo de cosas me hicieron sentir muy bien (Entrevista a Rosa, 2017).

Ese día en la clínica, en la consulta con el médico toma la mifepristona y al siguiente día, a las 24 horas toma el misoprostol, tal como fue indicado en la consejería y por el médico. A la media hora de tomar el misoprostol, comienza con los síntomas.

Vértigo, como una especie de dolor en el estómago en el vientre bajo en los ovarios y pues empecé a sentir, así como que me bajaba, si del primero fueron unos coágulos y pues nos dijeron que teníamos que comprar toallas nocturnas entonces ya me empezaron los dolores más intensos como de una menstruación, pero más intensos que los de la menstruación de la ovulación normal. Entonces ahí empecé a sentir más dolor me tomé las pastillas y ya me relajé, dijeron que tenía que estar uno relajado, tranquilo mi pareja estaba conmigo (Entrevista a Rosa, 2017).

En este momento recuerda todas las indicaciones de los médicos, el tipo de sangrado, el coágulo que indica la expulsión del saco gestacional, menciona que les comentan que debe ser del tamaño de una uva, si es del tamaño de una naranja que acudan a un servicio de urgencias. Para el caso de las mujeres del Estado de México que no digan que tomaron misoprostol, recordando que la despenalización sólo aplica en la Ciudad de México y pudieran tener problemas en otras regiones del país.

Los síntomas continuaron otro par de días, el más fuerte fue el segundo día, sentía que se le iba a “partir la columna”, tomo medicamentos para sentirse mejor. Al tercer día se incorpora a trabajar, ya se sentía mejor sólo que se veía un poco pálida - menciona la entrevistada-. El sangrado continuó 15 días, comenta que su cita de seguimiento fue exactamente a la semana de haber ido por primera vez. Llegó a la clínica al medio día, le confirmaron que todo había salido bien y ese día le colocaron el implante, pues decidió que fuera en la segunda cita.

Hubo quien se puso implante el mismo día del aborto y en eso si yo lo vi más severo, me decían se lo pueden poner hoy ponte el DIU y no hay ningún problema, pero yo decía hídole tener esa cosa y luego los del dolores, yo mejor dije “no, mejor me espero” (Entrevista a Rosa, 2017).

Después de que le fue colocado el implante, la dan de alta. Al tiempo, ella se da cuenta que debido al implante el sangrado cambia de coloración, pasa de rojo a marrón. Le salen manchitas en la cara y sube de peso. Unos meses después acude

a un médico privado para que le retiren el implante por los problemas que tuvo al usarlo. Al ver culminado el proceso de interrupción, se sintió aliviada “había sido un procedimiento exitoso, además de mucha calidad, sentí alivio de que no puse en riesgo mi vida”.

En torno a la despenalización del aborto piensa que es resultado de una lucha y que ahora las mujeres podemos decidir si queremos ser madres o no.

Es el resultado de una lucha que hemos tenido que hacer las mujeres, que tenemos que emanciparnos del parámetro, o sea, patriarcal. No nada más servimos para la reproducción y de que si ya salimos embarazadas tenemos que tener los hijos que Dios nos manda por obligación y por derecho, se me hace ya algo muy decadente (Entrevista a Rosa, 2017).

Piensa que la maternidad es una responsabilidad muy grande, que ella no está en las posibilidades económicas de hacerse responsable de un hijo en este momento de su vida, incluso nunca he estado en sus planes la maternidad

Para mí iba a ser muy complicado si yo tengo un hijo, iba a ser un desastre, cambiar mi vida radicalmente, interrumpir mis proyectos y se me iban a dificultar mucho las cosas, entonces el hecho de tener la opción de decidir qué es lo que yo quiero como destino, como futuro pues es algo increíblemente valioso porque te digo el saber que está legalizado [...] He tenido claro siempre que no quiero tener hijos es algo que simplemente no quiero experimentar, no es algo que me haya nacido el instinto, entonces pues no tengo como el instinto de la maternidad y pues de que hay una transgresión hacia la vida, o sea, no creo en ese tipo de discurso de que se pone en contra del aborto, por el contrario yo tenía la certeza de que en ese momento tenía que buscar un buen lugar, seguro, confiable para practicar un aborto (Entrevista a Rosa, 2017).

Tatiana

8 semanas de gestación

Radica en el Estado de México

20 años de edad

Tatiana nos cuenta que estuvo mucho tiempo manteniendo relaciones sexuales sin condón porque el ginecólogo con el que se ha atendido a lo largo de su vida le había comentado que no podría embarazarse “se confió”. Cuando presenta un retraso en su menstruación, ella continúa esperando que llegue su periodo, cuando pasa más tiempo realiza una prueba de embarazo que sale positiva.

Yo me espanté, pero haz de cuenta que en otras ocasiones ya había tenido retrasos y no eran embarazos, yo me trataba con un gine pero él me había dicho que era muy difícil que quedara embarazada, entonces me confié. Y pues ya cuando tuve el retraso, me hice una

prueba de sangre para saber bien, y pues tampoco tenía mucho tiempo, cuando tuve tiempo me hice la prueba, ya salió positiva. Me sentí muy nerviosa, primero la tomé a la ligera pero después me dieron nervios, ya cuando le dije a mi novio, y pues tomamos la decisión, ninguno de los dos hubiera querido tener un hijo porque ninguno de los dos tendría nada que ofrecerle a un bebé y pues bueno, no me siento preparada para tener un bebé, ahorita le haría más daño teniéndolo (Entrevista a Tatiana, 2018).

Cuando confirmó el embarazo, ella y su pareja buscaron por internet las diferentes opciones para llevar a cabo una interrupción en la CDMX, encontraron información sobre medicamentos y también las opciones de las clínicas públicas, ambos prefirieron acudir a una clínica pública. Ya en la clínica, presentó el inconveniente de no llevar el examen de tipo sanguíneo, por lo que tuvo que regresar el siguiente día.

El día que vine, no traía el examen de tipo sanguíneo, me lo hice por aquí pero me lo entregaron a las 9:30 y ese día no alcance a entrar, vine al siguiente día, ese día traje un papel higiénico y un paquete de toallas sanitarias, lo había leído en la página pero no lo necesité, y no venía lo de la prueba (...) Para llegar temprano, no fue tan difícil porque siempre salgo a las 5:30, solo fue cambiar el rumbo, para que viniera mi novio sí fue más difícil porque él va cerca de su casa y pues nos quedamos de ver para llegar acá. Ya aquí en la clínica nos pasaron y nos dijeron que dependiendo de las semanas que tuviéramos iba a ser un procedimiento u otro y pues nos pasaron al ultrasonido, como ese día éramos pocas nos pasaron a una sala de juntas porque decían que éramos poquitas, solo éramos cuatro (Entrevista a Tatiana, 2018).

Al día siguiente se presentó con el examen de tipo sanguíneo y con toda su documentación en regla, es así que logró ser atendida ese día. Cuenta que pasó a consejería “una plática de anticonceptivos”, “un break”, y “cada una pasó con el Dr. a tomar la primer pastilla”. En cuanto a los anticonceptivos, no se decidió por alguno de larga duración porque “tengo ovario poliquístico (...) elegí los parches porque puedo investigar qué método puedo emplear, es que sí necesito saber por los problemas que he tenido”, bajo esta línea, prefiere preguntarle al ginecólogo con quien se atiende el problema de ovario poliquístico.

Al siguiente día, continuó con la toma del misoprostol en su casa, menciona que no presentó mucho sangrado, aunque sí vómitos, mareos y calambres.

El procedimiento al siguiente día, de hecho, yo pensé que estaba mal porque pasó una hora y no sangraba, a la hora empecé con vómitos, mareos, calambres, me dolía la panza. No tomé medicamento porque siento que mientras sea soportable es mejor para saber cómo estás. El sangrado fue medio, yo esperaba que fuera intenso, pero no lo fue tanto. Se distinguió el saco gestacional, o sea, sientes los coágulos, pero cuando sale sientes muy fuerte. A partir del segundo día ya empezó a disminuir el sangrado, es constante pero menos, siento dolor de espalda, hasta el día de hoy (Entrevista a Tatiana, 2018).

En cuanto a su red social, comenta que en su caso no lo comentó con nadie, casi no ve a su mejor amiga, considera que no es un tema que se pueda tratar por teléfono. Por parte de su pareja, él sí lo comentó con su mejor amigo, quien estuvo pendiente de la situación. Emocionalmente, comparte que para ella fue muy lógico tomar la decisión, pero se ha sentido culpable al pensar en que existen las maneras de evitar un embarazo no deseado. “En este momento me siento tranquila, pero me siento muy culpable, porque tienes formas de evitar algo así, no siento que sea algo malo, bueno sí, tampoco que te vaya a marcar toda la vida, pero si se puede evitar”.

En lo que tiene que ver con la atención, la considera buena, excepto al momento de ofertar los anticonceptivos, pues asegura que cuando ella dijo que iba a optar por parches, le comentaron que “iba a regresar al año”, incluso se le cortó la voz al recordarlo.

Considero que fue una buena atención, solo que al preguntarte por el método anticonceptivo sentí que por qué le dije que aún no sabía y me dijo que “de todos modos iba a pasar el tiempo y yo iba a regresar” (se le corta la voz), y pues ellos en realidad no saben porque lo estoy haciendo así, no me pareció. Te lo ofrecen y no es que lo descartes, sino que cada quien es responsable de sus propias decisiones y nadie se debe de meter y ese trato del Dr. es muy grosero (Entrevista a Tatiana, 2018).

Respecto de la ILE, la menciona como un derecho y se manifiesta a favor del aborto, sin embargo, se encuentra ante una ambivalencia pues asegura que existen formas de evitarlo, ella recomendaría la clínica, pero preferiría que se evitara ir a ella.

La ILE no es tan complicada, bueno cuando es método de pastillas ni siquiera es mucho tiempo el que te toma y que mejor que si puedes tomarlo al siguiente día en tu casa, está mucho mejor. El derecho a decidir implica, bueno yo estoy a favor del aborto porque creo que es mejor tomar esta decisión que tanto tú seas infeliz como que alguien sea o hagas infeliz, pues no. Se me hace muy injusto tener un bebé y no poderle ofrecer lo que se merece, es mejor planificar. Yo aún no sé si sea mamá, porque me atrasé en mis estudios, pero ahora no lo sé porque siempre pensé que sí, sin embargo, ahora no lo sé porque quiero ejercer mi carrera, la verdad no sé qué vaya a pasar, ya hasta que haya vivido las cosas como las he querido vivir sabré (...) Yo cuando tomé la decisión estaba muy firme pero no dejas de sentirte como torpe. Yo recomendaría esta clínica, pero es mejor que si puedes evitar venir a ella pues sería lo ideal. (Entrevista a Tatiana, 2018).

6.3 Grupo 2.- ILE con medicamentos, mujeres con abortos previos

Nuria

7.3 semanas de gestación

Radica en Chiapas

31 años de edad

Nuria cuenta que su trayectoria de atención comienza estando ella en San Cristóbal de las Casas, donde reside actualmente, casualmente tenía planeado viajar a la Ciudad de México, entonces, pensó que podría aprovechar su estancia en la ciudad para interrumpir su embarazo en la clínica donde ya conocía que se hacían los procedimientos, pues agrega que ella ha apoyado a mujeres en su decisión de interrumpir un embarazo, acompañándolas siendo parte de una organización civil llamada Fondo MARIA.

Se dio cuenta que estaba embarazada cuando presentó un retraso en su menstruación, además se sentía muy cansada, pasando el día que debía menstruar, fue a hacerse una prueba casera para confirmar y salió positiva.

Luego, luego quise abortar, porque como estaba justo en la maestría y además había cambiado de directora de tesis, pues dije no, no puedo ahorita meterme en brocas y para mí representaba un conflicto por lo que decidí luego, luego interrumpir (Entrevista Nuria, 2017).

Ya estando en la Ciudad de México, ella le pide a una amiga que la acompañe a la clínica el día de la interrupción, revisa vía internet los documentos que se solicitan para su atención y es así que se prepara para asistir, una noche antes, ella se queda a dormir en la casa de la pareja de su amiga para que pudieran estar más cerca de la clínica, pues la casa de sus padres queda muy lejos de la ubicación de la clínica y por lo que sabe, tiene que presentarse muy temprano para formarse.

Al día siguiente, llega con su amiga a la clínica y se percató que no tiene todos los documentos, pues se le olvidaron las copias y el comprobante de domicilio de Chiapas.

Me dijeron que quizás podían hacerme la AMEU, yo sabía del proceso de AMEU pero no quería como gastar en eso y por eso fui a la Ciudad de México, lo que sí, se me olvido por las prisas, fue un comprobante de domicilio de Chiapas porque para hacer el AMEU en la clínica México España te lo piden. Porque a las chicas que van de fuera les hacen AMEU para que el proceso sea más rápido y se vayan seguras de que ya expulsaron todo, de que no tienen restos, pero bueno de todos modos todo salió bien (Entrevista Nuria, 2017).

También había olvidado la copia de su credencial de elector, por lo que el personal de recepción le solicita que regrese un día después para su atención, ella, le insiste que la atiendan ese día, les comenta que conoce sobre derechos sexuales y que los documentos se le olvidaron por un descuido. Le dan un plazo de hasta las 8am para presentarlos, de tal manera que su acompañante va a buscar un lugar donde sacar la copia fotostática de su documento de identificación.

Ya dentro, la pasan a ultrasonido y le comentan las semanas de gestación que tiene, en su caso 7.1, que el procedimiento por el que va a interrumpir es vía medicamentos, cuestión que no le gusta, pero como olvidó su comprobante de domicilio que confirma que actualmente vive fuera de la Ciudad de México y motivo por el cual podría acceder a procedimiento quirúrgico, sin embargo, tiene que acatar el procedimiento elegido por los médicos.

Pasa por la consejería, de la cual comenta que le indican los signos de alarma que puedes presentar y debes de cuidar, el número de semanas de gestación hasta la cual el procedimiento se hace vía medicamentosa. Les hablan también de los cuidados ginecológicos, les dan a elegir el método anticonceptivo, en este caso piensa que presionan para que elijas uno de larga duración, comenta.

Nos preguntan a cada quien, y eso si no me gustó tanto, porque luego, luego nos preguntaron de manera grupal que método anticonceptivo nos íbamos a llevar después de eso, pero sí lo sentí como un poco, como que nos presionaron pues, y recuerdo muy bien una chica que dijo, yo no quiero ningún método hormonal yo sólo me quiero llevar mis condones y ya, entonces si la regañó la trabajadora social (Entrevista Nuria, 2017).

Comenta que en su caso no aceptó ningún método anticonceptivo hormonal de larga duración porque anteriormente ya había empleado el implante y tuvo muchos problemas hormonales, no tenía menstruación y se sentía muy inflamada, comparte.

Posteriormente pasa con el médico y le dan su cita para el seguimiento. Al salir de la clínica se va a reunir con su novio, que llega de Chiapas, a quien le solicitó que estuviera con ella para no estar sola durante el procedimiento, sin embargo, al autobús en el que llegó, llegó a la ciudad a medio día. Ese día, no presenta alguna molestia por haber tomado el medicamento, y planea al día siguiente estar en la casa de una amiga que le va a dar hospedaje mientras están en la Ciudad de México. Es el día siguiente que comienza con el sangrado, tras tomar el misoprostol, comenta que tuvo como dos horas de dolor, sangrado y que estuvo arrojando coágulos, después de eso comenzó a bajar el sangrado. Aunque recuerda que le duró dos meses.

No acude a su cita de seguimiento porque en ese momento se estaba quedando en la casa de sus padres y queda muy retirado del centro de salud. Agrega “como yo tengo la noción de que las pastillas son seguras, que muy pocas mujeres tienen consecuencias adversas pues yo dije, “me siento bien prefiero ya no ir”. A los dos meses, ya estando en San Cristóbal de las Casas, cuenta que tuvo un sangrado muy fuerte, con coágulos, pensó que seguía arrojando restos uterinos, motivo por el cuál fue al médico, le realizaron estudios y le comentaron que se encontraba bien.

Como se mencionó, su pareja, también vino de San Cristóbal para acompañarla, solo que no pudo llegar temprano el día que acudió al Centro de Salud, llegó a mediodía cuando ella ya había salido, el motivo fue porque a esa hora llegan los camiones que vienen de Chiapas a la ciudad.

Me apoyó en mi decisión y yo sí le pedí que me acompañara pero no pudo llegar ese día, entonces llegó, pero llego después porque para mí sí representaba, yo no quería estar sola, sola en el proceso y entonces, le dije que fuera la Ciudad de México y ya me acompañó allá, pues creo que sí estuvo bien porque para que estuviera pendiente ahí en lo que yo hacía lo de la expulsión y todo eso sobre todo cuando ya expulsé el saquito [...] para mí si era importante que estuviera, sí creo que si me apoyó bueno no creo, sí me apoyo (Entrevista Nuria, 2017).

Su opinión sobre la despenalización es que, para ella no resuelve mucho porque la ley está centralizada y sólo las mujeres de la Ciudad de México tienen este acceso

tan libremente, en otros estados las mujeres pueden estar vulneradas por la propia ley y su condición de vida.

Creo que no resuelve mucho el problema, es más bien mi punto de vista, desde mi punto de vista porque las mujeres de los Estados siguen sufriendo, sigue habiendo crítica social, sólo algunas que viven en la Ciudad de México pueden acceder a un aborto legal pero eso no quita que muchas mujeres que quieren interrumpir clandestinamente, aún en la ciudad de México, por ejemplo, yo si esa vez hubiera tenido acceso a los medicamentos como ahora aquí en San Cristóbal, yo hubiera preferido ir a comprarlos y hacerlo en mi casa porque para mí si representa mucha molestia ir a la clínica, pararme tan temprano, luego, ir a poner tu cara ahí en la clínica, a mí eso no me gusta, creo que sí es muy molesto (Entrevista Nuria, 2017).

Considera que la maternidad de momento no está en sus planes, “puede ser una posición política el no tener hijos”. Agrega que es difícil encontrar una pareja con la cual se pueda equilibrar la carga de trabajo para el cuidado de los hijos.

Ahorita no está en mis planes, incluso como últimamente lo que he pensado, incluso política, creo que no, creo que no lo haría porque hay pues considero que súper difícil que sí está mucho más, la balanza está como más cargada hacia las mujeres y es muy difícil también encontrar una pareja, si una pareja sobre todo, las que somos heterosexuales una pareja, un hombre que te sea como que considere que los cuidados deben de ser iguales y a lo mejor luego en el discurso dicen que sí, que van a ayudar pero en la práctica, no apoyan de la misma manera, no cumplen su parte y en ese sentido creo que de la maternidad es algo muy complicado que incluso vulnera la salud mental de las mujeres y creo que no. Creo que para mí no es una opción pues porque tengo proyectos quizás en el futuro podría adoptar si es que tengo todavía esa necesidad de ejercer la maternidad, pero por el momento creo que no (Entrevista Nuria, 2017).

Rebeca

8 semanas de gestación

Radica en el Estado de México

30 años de edad

La trayectoria de Rebeca comienza cuando presenta un retraso en su menstruación, sin embargo, no estaba preocupada puesto que el mes anterior había tenido su menstruación normal y en este tiempo no había tenido relaciones sexuales. Conforme pasaron los días, su ansiedad crecía pues ella sabe que su menstruación suele ser muy regular, incluso menciona que ya empezaba a marearse... “yo soy muy regular, ya hasta me mareaba, yo siempre me cuidó pero esta vez no me cuidé, estaba muy borracha o no sé qué me pasó, pues ya me maree y compre un prueba, ya había pasado un mes, y pues le avise al chico, ni mi pareja es, le dije y pues me

dijo que en qué me apoyaba, le pedí que me mandara dinero, ya después de la prueba me apuré, no quería que pasara más tiempo”.

Rebeca, ya había vivido una interrupción siete años atrás, en ese entonces era posible acceder vía legalizada al aborto, sin embargo, recuerda que lo hizo con pastillas para ser más práctica, cosa que en esta ocasión no decidió así. Ella pensó que era mejor acudir a una clínica para ahorrarse lo del medicamento y el ultrasonido, “sí pensé en hacerlo sola en casa, pero sí son unos mil pesitos, pero se pueden usar en otra cosa, yo tenía en ese momento el dinero, pero pudiera haber alguien que no”.

Una vez que corroboró su embarazo y decidió interrumpir en una clínica del sector salud, comenzó a buscar acompañante, pues no tenía a alguien más que la acompañara a la clínica. Es así que se contactó con una mujer de nombre Lilith, que la acompañaría al servicio de ILE y quien, vía telefónica estuvo en contacto con ella y también resolviéndole algunas dudas. Rebeca menciona que buscó información en internet y también llamó a LOCATEL para tener el teléfono de la clínica, menciona que la información para la ILE es muy accesible... “busqué en internet las clínicas “ya en corto”. Ya tenía síntomas de embarazo, cólicos, mis senos muy sensibles, no me bajo cuando me tenía que bajar”.

El día de la interrupción, ya llevaba toda su documentación y lo necesario que le había comentado la acompañante, se quedaron de ver en un punto y llegaron juntas al servicio. La acompañante estuvo esperando afuera a Rebeca, durante el procedimiento y se mantenían comunicadas por medio del celular... “Pues vi el horario, me salí súper temprano, yo fui la segunda, dan fichitas, dan 20, ese día fuimos 18. Nos pasaron a otra salita, ya después al ultrasonido y luego a la plática, nos dicen que todo va a estar bien, nos explican lo del medicamento. Después nos hacen llenar los datos del expediente, y de ahí cuando lo acabas de llenar”. Al final del primer día de atención, toma el medicamento frente al médico, le dan su cita de revisión y se retira del servicio.

Al día siguiente toma el misoprostol, a los 40 min comienzan los síntomas, nos cuenta que para ella fue más fuerte en esta ocasión que en la anterior, lo atribuye a que en la ocasión anterior era más joven.

“De que me lo tomé me empezó el dolor, la vez pasada no me dolió tanto, ahora no sé si por la edad sí me tumbó. A las dos horas de que me las tome sentí como la expulsión, me tuve que cambiar la toalla y sí se veía como más. Te explican las trabajadoras sociales como va a ser, y estar muy pendiente de que no te pasara algo o si tienes que ir a una clínica, dicen que si vas no digas que fuiste a una clínica de interrupción”. (Entrevista a Rebeca, 2018).

En la cita de revisión, se encontró con las mismas mujeres con las que había llegado en su primera consulta, de la misma manera fueron pasando una a una y comenta que se sintió muy aliviada cuando escucho “Tu matriz está limpia”.

“Me sentí liberada, ya me sentí más tranquila, desde que lo hice me sentí más tranquila pero ya ahorita que me dijeron ya estoy mejor, ya todo está bien y fue muy rápido. Cuando me enteré me estresé, por lo mismo que ya me había pasado, no me traumatizo, pero volver a pasar por eso, y pues “Ese vato ni siquiera está aquí”, “No importa que lo haga yo sola mientras salga rápido de esto”. (Entrevista a Rebeca, 2018).

Para ella, fue inevitable sentirse culpable por no haberse cuidado “me sentía tonta por no cuidarme, por pasarme de confiada, me sentía mal no por lo que hice sino por no haberme cuidado, ya después que vine, me relajé”. Emocionalmente, se sintió arropada por la acompañante, si bien, la persona vinculada al embarazo estuvo acompañándola mediante el teléfono (se encuentra viviendo en Veracruz), no sintió que se preocupara por ella, emocionalmente hablando.

Finalmente, menciona que la atención en la clínica le pareció buena, excepto por los comentarios que llegan a decir los prestadores del servicio acerca de las mujeres que no quieren elegir algún método anticonceptivo de larga duración. Les suelen mencionar que “van a regresar”, considera que “deberían ahorrárselos porque no saben a quién puedan incomodar”, pero no estuvo tan mal, te dan las herramientas para saber qué hacer cuando tomes los medicamentos. Ella notó que los médicos regañan a las mujeres que no quieren llevarse métodos hormonales “¿por qué no regañan a las parejas que están ahí?, es como si solo para nosotras fuera la cagada”.

Aunado a que los médicos te brindan las herramientas, considera que algo bueno del servicio es la gratuidad, puesto que a lo mejor ella hubiera podido interrumpir con medicamentos en su casa, pero quizá otra mujer no tendría esa posibilidad.

Eloísa

6 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

30 años de edad

La trayectoria de atención de Eloísa comienza cuando ella se da cuenta que su menstruación no llega el día que ella la espera, entonces, recuerda que mantuvo relaciones sexuales sin protección, hace cuentas, piensa que quizá cuando mantuvo su práctica sexual, ella no había hecho bien las cuentas y que quizá al momento de mantener el ejercicio sexual, estaba en sus “días más fuertes” (días más fértiles). Recuerda que en ese momento tomo la pastilla del día después, eso le dio un poco de tranquilidad, pensó que quizá su periodo no se presentaba porque la pastilla le hubiera “alterado el ciclo”. Al paso de una semana, decide hacer una prueba para confirmar que el embarazo

“Pasa este periodo de una semana que sigue sin llegarme mi menstruación que fue como ya decidí el comprarme una prueba de embarazo y pues como para disiparme esa duda y pues obviamente mi prueba sale positiva porque como que termine de confirmarlo porque yo fui a un laboratorio a hacerme una prueba de sangre y pues si me parece positivo así es como me entero. (Entrevista a Eloísa, 2018).

En ese momento decide que va a interrumpir el embarazo, comienza a buscar información acerca de las clínicas, considerando que su experiencia de interrupción anterior fue muy vertiginosa y tardó seis semanas en poder expulsar el producto. Comenta que su madre es médica y en esa ocasión, ella le estuvo proporcionando el medicamento y apoyándola, finalmente, la expulsión se dio con medicamento vía vaginal.

“Pues yo me entero cuando tenía alrededor de las cinco semanas, pero cuando expulso el feto, tenía aproximadamente ya casi las once semanas [...] Por qué es la verdad es que intenté muchos métodos y no resultaron, o sea mi mamá me dio el medicamento oral, inyecciones y otro tipo de cosas, pero digamos que no cedía, fue mucho el esperar cuando va pasar y eso y al final fue con pastillas vaginales”. (Entrevista a Eloísa, 2018).

Para esta ocasión, no le comenta a su mamá, pues menciona que su mamá no sabía que tuviera pareja por lo que influyeron “esos prejuicios” para no contarle. Las primeras en enterarse fueron sus mejores amigas y la persona con la que mantuvo relaciones sexuales. Menciona que es un amigo con el que se lleva muy bien pero que no tienen una relación de pareja, juntos decidieron llevar a cabo la interrupción “juntos empezamos a ver las cosas muy negativas”.

Busca en internet las clínicas y decide por el Centro de Salud TIII México España, pues ya había escuchado de este en alguna plática, cumple con toda la documentación y es atendida ese mismo día, no acude acompañada de Pepe, sí la apoyo económicamente pero no la acompañó el día del procedimiento. En esa consulta toma la primera pastilla y a las 24 horas tiene que tomar la segunda dosis.

“Como cuando vas con un ginecólogo en las primeras veces que te preguntan tu vida sexual y tu salud y tipo de cosas como que si se interesaron en todo eso y antecedentes médicos también este pues me informaron sobre todo a pesar de que me dieron como una consejería sobre los métodos anticonceptivos pues obviamente me informaron de todo el proceso de la interrupción”[...]. “Se centran mucho en lo siguiente, después de la segunda dosis, la cantidad de sangrado el color, si sangrara tres días y luego otros dos y vuelvo a sangrar es normal, las anomalías, si me siento ya muy débil o de plano el sangrado me provoca como interrumpir mis actividades diarias o coágulos ya muy grandes y todo es tipo de cuestiones, sí me las explicaron, cómo que me dieron más instrucciones de lo que podría pasar después de la segunda dosis”. (Entrevista a Eloísa, 2018).

El día que tomó la segunda dosis, a los 30 minutos empezaron los síntomas derivados de la toma del misoprostol, nos cuenta que se encontraba muy nerviosa, cuando empezaron las náuseas y los dolores, llego un momento en el que se le nublo la vista y pensó que se iba a desmayar, ella lo atribuye a su estado emocional. Después de la expulsión, estuvo sangrando alrededor de 10 días. Una semana después acude a su cita de revisión, le comentan que todo salió bien y la dan de alta.

En los días siguientes comienza a sentirse mal con el hecho de haber interrumpido su embarazo, menciona que comienza a apoyarse en sus amigas y en Pepe para tratar de “fugarse un poquito” y “poder pasar la página”, porque “no es una experiencia fácil de digerir”. En cuanto a ser madre, comenta que nunca ha estado

en sus planes, aunque considera que se encuentra en edad de serlo, no figura en su proyecto de vida.

“La verdad es que nunca ha estado en mis planes, o sea, porque hasta cierto momento yo le comentaba a una amiga, a lo mejor sí estoy como en la edad, pero no siento que sea el momento y el hecho de que siento que también influye mucho el hecho de que no tengo una pareja estable”. (Entrevista a Eloísa, 2018).

En el terreno emocional, Eloísa nos comparte que para ella fue más difícil sobrellevar la primera interrupción del embarazo que ésta segunda. En la primera se encontraba con una pareja estable, al momento del embarazo decidieron interrumpir; al poco tiempo, su pareja en ese momento le recriminó el haber tomado la decisión de interrumpir su embarazo, lo que para ella representa y ha representado un conflicto interno pues, piensa que quizá si hubieran hablado bien hubieran decidido lo contrario.

Esta interrupción, fue más digerible emocionalmente porque fue apoyada por sus amigas y por la persona con la que enfrentaron el embarazo no deseado.

“La primera vez si me deprimí mucho esta vez no, obviamente el contexto fue diferente por muchas situaciones digo también hubo un momento en que pues Pepe estaba como en diferentes igual en problemas laborales y personales y yo igual como que hubo un momento en que laboralmente no me sentía tampoco a gusto en la escuela, también un poco bajo presión problemas en mi casa, entonces, siento que como que nos abrumaron, bueno siento que en mi caso me abrumaron más esos temas, más que lo de mi embarazo; entonces obviamente sí me apoye en mis amigos, sí tuve esa, es como dicen, no es que no les tuviera confianza sino que hay cosas que no le cuentas a todo el mundo, entonces cómo que con ellos sí pude decirlo porque no me sentía mal como que por una parte si me sentía feliz sí era algo que obviamente, pero algo que no esperaba pero dije bueno a ver qué pasa también no”. (Entrevista a Eloísa, 2018).

Al respecto de la interrupción del embarazo, comenta:

“Pues creo que es una buena alternativa, creo que en algún punto no debería de existir, pues porque obviamente uno debería de saberse cuidar en ese sentido, pero creo que es una decisión personal, también de las personas que lo hacen y de las que no lo hacen, porque digo para mí fue como una buena opción yo nunca lo vi como una salida fácil porque tampoco lo es, no”. (Entrevista a Eloísa, 2018).

Martina

8 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

25 años de edad

La trayectoria de Martina comienza con el retraso de su menstruación, comenzó a sentir un flujo que “era diferente y olía diferente”, como ella tenía una experiencia de ILE anterior en la cual sintió y vio lo mismo, inmediatamente pensó que en esta ocasión también estaría embarazada, sin embargo tardó una semana más en confirmar la gestación con una prueba.

En ese momento no, fue como a la semana ya empecé a sentir que el flujito que normalmente nos baja normalmente a las mujeres es diferente, entonces si sentí ese cambio y solo eso, olía diferente y tenía una consistencia muy diferente y ya me hice la prueba y salió positiva.

“Me estaba haciendo mensa la verdad, es que aparte no quería usar el seguro social sabes, y luego había acabado de entrar a trabajar y era de voy a ir y voy a tener que faltar y acabo de entrar aquí y no me van a dar permiso del trabajo... y ya mi novio me dijo pues habla con tu jefa y dile la verdad y explícale que es lo que está pasando y bueno ya hable con ella y me dijo la salud primero y ya [...] Sí, sí le dije y me dijo `es tu decisión, tú sabes lo que haces, pero solo fijate de que sea legal y esas cosas que no te vayan a hacer alguna otra cosa o no te vaya a pasar algo`, y ya. (Entrevista a Martina, 2017).

Para tomar la decisión, Martina no lo dudó, lo habló con su pareja y entre los dos comenzaron a buscar las opciones dentro de los Centros de la Ciudad de México, pues en ese momento no se encontraba con los recursos económicos para poder llevarla a cabo en una institución privada, lo cual manifiesta, le hubiera gustado más. No dudó de su decisión pues argumenta que nunca ha querido “ser madre”, “Yo no quiero ser mamá nunca he querido ser mamá, anteriormente tuve un legrado igual, pero ese lo hice en una clínica particular”.

Preguntando con su círculo cercano, su prima le brinda la información de la clínica de salud sexual Marta Lamas

ya la busqué y me dijo te tienes que ir super temprano porque hay un buen de gente, entonces, ya busqué la dirección y decía que era del seguro social y ya vine... pero la verdad, si hubiera tenido dinero, mil veces hubiera pagado en un Marie Stopes otra vez. (Entrevista a Martina, 2017).

Como en otros casos y en el propio, la regresaron porque no sabía que tenía que llevar el estudio de tipo sanguíneo, en su caso fue en una ocasión y tuvo que dejar pasar otra semana para poder asistir al servicio.

“Y todas las niñas que están dicen, es que a mí me regresaron antier, a mí ayer, y ya todas traen su papel, pero porque las regresaron. Es bien rara la niña que te dice yo vine a preguntar y me dijeron que lo tenía que traer [...] Pues yo no se ellas, yo la verdad solamente vine una vez y deje pasar otra semana y volví a venir porque me regresaron por el estudio, sale la señorita trabajadora social que te dice ‘si no traes esto, esto y esto no te voy a dar tu ficha’ y el policía es el que te explica, el policía que se supone que resguarda es el que te explica, si vas aquí hay un laboratorio y te dan tu ficha y ya te sacan sangre y ya te dan tu ficha para que te atiendan. Cuando el policía es un policía. (Entrevista a Martina, 2017).

La primera ocasión que acudió a la clínica, llegó a las 5:30 am, la segunda, en la que ya llevaba el examen de tipo sanguíneo llegó casi a las 10am, asegura, logró pasar al servicio porque ya contaba con todos los documentos necesarios para ingresar al filtro del ultrasonido. En cuanto a los tiempos de atención, Martina piensa que “pierdes mucho tiempo en la clínica”, incluso, de lo que observa, ella piensa que se puede realizar en menos tiempo la atención y que mucho tiempo se pierde en “protocolos innecesarios”, llega a sentirse molesta porque al ser un servicio gratuito se desperdicia mucho tiempo, recuerda que en su interrupción anterior sólo sacó una cita y fue atendida en menos tiempo y en cuanto llegó.

“Después de que te da tu ficha, te dice que empieces a tomar agua para tu ultrasonido y ya se espera poquito, y ya sale por ti, y entramos todas formaditas, sale por las que entregamos la documentación completa las que tuvimos ficha y formaditas, y aquí te tienen todo el día hasta las 12 y no te hacen nada, o sea puedes llegar perfectamente a las 7:00 de la mañana, hacerte tu ultrasonido llenas tus formas te dan tu plástica en cinco minutos y no es necesario que estés aquí desde las 7:00 hasta las 12:00 del día ... después te dicen, ya puedes salir a comer algo rápido en cinco minutos y salgo y veo a mi novio y le digo no todavía no, y me dicen y que te hicieron... nada... es en serio... si es en serio, y ya.

Estaba buscando la manera de no asistir a la clínica de salubridad, sino de asistir a una instancia privada... al final de cuentas es mi error, es mi error haber quedado embarazada, por no cuidarme y no quererlo y si es gratis y hay mucha gente, tú entiendes todo eso pero tú también eres humana y a ti también se te van las patas, obviamente te vas a ir a un lugar privado o te van a tratar mejor que a nosotras porque tu trabajas aquí. Pero no es para que traten así a las niñas. Por ejemplo, la señorita de rosa salen enojadas y te atienden de malas, es tu trabajo para eso te pagan ‘si no te gusta lidiar con las niñas embarazadas no te metas aquí’, es la mala forma de vivirlo. (Entrevista a Mariana, 2017).

Ese día en la clínica tomó el medicamento y al siguiente día tomó el resto de la medicación, menciona que no tuvo mucho sangrado, sin embargo, sí observó el saco gestacional. Los cuidados que tuvo, principalmente en su caso recuerda haber dejado de fumar, no comer grasas ni irritantes.

Normales, el día del sangrado la enfermera nos dijo que no podíamos comer ni grasas ni irritantes, estuve sin comer grasas ni irritantes, no fume porque fumo horrible, apenas este lunes empecé a fumar porque ya no me siento mal, porque ahorita ya es el sangrado del mes normal, ya no me duele porque me dieron cólicos muy fuertes, el miércoles pero después del miércoles seguía teniendo cólicos, ya no tan intensos, ya iban y venían y ya podía tomar pastillas para el dolor entonces me tome una buscapina porque igual el viernes tuve que ir al trabajo ya no me sentía tan mal pero el cólico estaba y me dormía toda la cadera hasta las piernas, y el muchacho me dio una buscapina y ya me la tome y has de cuenta que nada más sentía que me bajaba y ya iba al baño y me cambiaba, pero tampoco me bajo como en exceso. (Entrevista a Mariana, 2017).

Martina reflexiona acerca de la ILE, retoma varios elementos para poder forjarse una opinión, recuerda lo observado con mujeres que acuden al servicio de ILE CSTIII, México España, incluso retoma la experiencia propia de su madre, que a decir de ella, fue madre muy joven.

*Esta super bien, porque no se si tu viste había una niña de 16 años, imagínate si yo tengo 25 y no quiero tener un hijo imagínate esa niña de 16 años, ¿me explico?, entonces que el gobierno les dé la oportunidad de que vengan y que aparte no les cobre y que les digan es **tu derecho de decidir si quieres tener un hijo o no quieres tener un hijo**, sino quieres tenerlo no tienes por qué tenerlo, entonces vienes aquí, te atienden gratis, te hacen todo gratis y te dan la libertad de decidir si quieres o no quieres, a mi me parece super bien, digo yo pienso, mi mamá fue mamá muy joven y si hubiera tenido la oportunidad, mi mamá hubiera aprovechado y hubiera venido a una clínica, digo no hubiera nacido mi hermana y esas cosas pero es también el futuro que tu solita... porque siempre dicen ay no, los hijos son siempre una bendición... y si son bonitos los hijos y todos somos hijos pero los hijos truncan tu vida o no la truncan pero hacen que te cueste más trabajo, si de por si tu sola te cuesta trabajo salir adelante imagínate salir adelante tú y tu hijo, y tú crees que la de 16 años, el niño que la embarazó va a decir si amor vamos a... para mí esta súper bien y con el servicio gratuito, para mí esta super bien. (Entrevista a Mariana, 2017).*

6.4 Grupo 3.- ILE con medicamentos, mujeres con hijos y abortos previos

Esperanza

7 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

27 años de edad

Esperanza es una de las participantes que fue invitada a participar por haber tenido cinco años una experiencia de interrupción legal del embarazo en el CS TIII México España, dado el interés en poder hablar con mujeres que hubieran tenido su experiencia ya resignificada. En este caso, Esperanza accedió a participar y su trayectoria reproductiva da cuenta de elementos importantes de análisis en torno de

la reproductividad femenina. Cuenta con un embarazo llegado a término, que en un principio se intentó interrumpir, pero fue fallido, a pesar de haber ingerido las pastillas Cytotec, ésta interrupción que sí llegó a culminarse (de la cual es objeto principal de la entrevista), fue llevada a cabo en la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva Marta Lamas, y finalmente una recién interrupción llevada a cabo en el Hospital Materno infantil, este último por motivos de salud (malformaciones incompatibles con la vida extrauterina).

El primer embarazo de Esperanza fue a los 17 años de edad, ella y su pareja no deseaban llevar a término el mismo pues comenta que eran muy jóvenes, su pareja consiguió Cytotec para llevar a cabo un aborto en casa, sin embargo, este no llevó a cabo, sí presentó sangrado durante tres días, pero no se interrumpió la gestación, al mes de este proceso, cuando estaba esperando que llegara su menstruación, no llegó, fue al ginecólogo y le dijeron que estaba embarazada. En un principio, no deseaba el embarazo porque “sentía que estaba muy joven”, “no había terminado la prepa”, “Qué van a decir”, además de sentir que había defraudado a sus papás y de reconocer que mantenía una mala relación con su pareja. Sin embargo, cuando vio el ultrasonido sintió “eso es para mí”, también cambió la relación con su pareja, se comprometió con ella y su pareja “empezó a juntar para la clínica privada”, pues ella no quería ser atendida en una clínica pública. De este embarazo nació su hija Ana, quien ahora tiene 10 años.

Seis años más tarde, se vuelve a embarazar, en ese momento vivía con el padre de su hija, con quien la relación continuó siendo difícil, menciona que ambos tienen un carácter muy fuerte y podían llegar a tener peleas muy fuertes, incluso violentas. Se encontraba en una situación muy complicada, peleas constantes en pareja “dos días peleamos, dos días hacemos el amor”. Afirma que en “una reconciliación quedó embarazada”, también comenta que en ese momento ella sí quería tener al bebé, pero solamente por molestar a su pareja y/o pensando que podrían intentar “arreglar su relación”, es su mamá y su papá quienes hablan con ella para decirle que no

llevara su embarazo a término puesto que la relación de pareja que llevan ya está rebasando muchos límites.

Es así que decide interrumpir su embarazo y comienza la búsqueda de las clínicas de ILE en la CDMX.

Primero fui al Cedillo y en el Cedillo tenía que formar muy temprano cosa que yo no quería hacer y le daban prioridad a las que llevaban tiempo, entonces me desánimo y fue cuando vine a esta clínica, hablé y me dijeron tienes que venir, creo que a las 10 de la mañana, fui nueve de la mañana y todo el proceso, pero voy por ficha por lo regular atendemos hasta 40 mujeres al día, entonces, es rápido si tú ya vienes en las condiciones en el mismo momento se te hace todo "no pus sí"[...] dentro de todo me agradó porque a lo que iba, o a lo que vas, sabes que, "cómprate litro de agua aquí mismo se te va a hacer el ultrasonido. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Le pidió a sus papás que la acompañaran al Centro de Salud, les dijo que sí interrumpiría el embarazo pero que al menos su mamá la acompañara. Como previamente había asistido a preguntar los requisitos en la clínica, el día que llegó fue atendida, tras cumplir con los requisitos solicitados. Al momento del ultrasonido, menciona que no quería ver la pantalla, recuerda que en ese momento le dijeron "su aborto va a ser con pastillas". Después del ultrasonido fue la consejería:

Yo noté que pasar con trabajo social era para liberarte de la culpa porque más que eso, pues dentro de lo que cabe, creo que está bien porque la de trabajo social recuerdo que nos explicaba, por qué dentro de las 12 semana antes de las 12 semanas pues el embrión no siente, o sea, yo que tenía menos días en este caso yo, eran células y las células no tienen como tal como cuando se desmembra un, ya tiene otro nombre, creo que es un feto, entonces las pastillas van actuar de esta manera, el legrado de esta manera, para los que me sean legrado y éste; luego nos dio métodos anticonceptivos, la explicación de métodos anticonceptivos nos preguntó a cada quien como porque lo estamos haciendo y ya cada quien le dio su punto de vista. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Pasa a consulta, le indican cómo tomar el misoprostol. En su casa toma el medicamento, menciona que no sintió tanto dolor como en el tercer aborto, el sangrado no fue tan intenso, se imagina que porque tenía pocas semanas de gestación. Presentó los síntomas que derivan de la toma del medicamento, no tuvo ninguna complicación, en la cita de revisión todo salió normal.

Los sentimientos que le genera el haber interrumpido este embarazo, a través de la ILE son ambivalentes, por un lado mencionar estar consciente de que no era "bueno" llevarlo a término para buscar solucionar su relación de pareja, aunado a la

difícil relación que ya estaba teniendo con su pareja, y por el otro se siente culpable por haber quedado embarazada en esa circunstancia, agrega que un tiempo “estaba buscando culpables” y pensaba que sus padres la tenían la culpa por haberla apoyado “¿Cómo pudieron apoyarme en eso?”.

Me sentía culpable, finalmente yo lo busqué, yo me permití quedar embarazada, ya sabía era un método anticonceptivo, ya sabía en qué situación yo estaba viviendo y aun así permití que se concibiera algo en mi vientre, si me llegue a preguntar porque mi mamá, porque ellos, porque fui tan tonta y deje que Iván tomara la decisión... Esta situación me tiré al suelo a llorar y a llorar y así y hasta que esa persona yo me tranquilice sácalo y me dijo sácalo llóralo y yo no pude ya ni hablar pero era todo con esa relación del aborto de ese segundo aborto y esa persona fue la que me dijo ponle un nombre y esa niña que se llama Amanda”[...] Es triste porque yo lo tenía como una esperanza de felicidad para mi matrimonio, yo creyendo que eso iba a salvar mi matrimonio o bueno mi relación en unión libre y no fue así, triste porque pues todo lo que tuve que hacer y de todo modos el resultado fue negativo porque de todos modos esa relación ya no funcionó. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Continuando con el procedimiento, comenta que le fueron muy específicas las instrucciones del médico y de las trabajadoras sociales, gracias a ello, pudo seguir sus recomendaciones y estar pendiente de los signos de alarma. Menciona que el trato del médico siempre fue amable, “hablaba muy claro las cosas”, “no te juzgaba”, lo mismo opinó de las trabajadoras sociales, “muy humanas”, “te explican todo”. En ese momento se sentía muy segura de la interrupción, no representó un problema emocionalmente.

En ese momento no tenía ningún problema de remordimiento ni de culpa, hasta me sentí bien, pero dos años después fue cuando yo dije porque hice lo que ellos quisieron, pero ya no me siento así”. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Además de tener el apoyo de sus padres, estuvo acompañada por su pareja, aunque mantenían esta relación tensa en su relación, él también estuvo de acuerdo con la interrupción y estuvo con ella, no la acompañó al Centro de Salud, pero la acompañó en los días subsiguientes.

Sí, porque él sabía, de hecho, él me pago el taxi me daba dinero me dijo “ve, que bueno que vas con tu mamá, me avisas como sales me avisas cómo estás tranquila yo estoy contigo cualquier cosa aquí estoy en el proceso” donde me fui a casa y me tomé las pastillas le dije oye me estoy tomando las pastillas, las hemorragias no te va pasar nada, él estaba ahí conmigo y ya no estuvo feo porque estuve ahí con él. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Incluso, menciona que después del procedimiento y de ser dada de alta, la situación con esta pareja mejora, considerando que ella se encontraba “convaleciente”. La tercera interrupción surge de manera un tanto intempestiva, Esperanza se había

retirado el DIU para buscar un nuevo embarazo con su actual pareja, sin embargo, comenzó con amenaza de aborto y tuvo que ser atendida en el Hospital Materno Infantil M. Cedillo. Le comentan que su embarazo no puede llegar a término porque el embrión presenta malformaciones incompatibles con la vida y es necesario que se termine esa gestación. Llega al hospital por una emergencia obstétrica. Se atendió en el pabellón materno, donde la intervinieron mediante un legrado, estuvo hospitalizada un día y fue dada de alta hasta que se comprobó que estuviera estable, en esta ocasión se le ofreció el servicio de atención psicológica y también métodos de planificación familiar de larga duración.

La trayectoria reproductiva de Esperanza nos habla de tres diferentes eventos obstétricos, en los cuáles, ella los ha experimentado de forma particular cada uno. Nos comparte:

Con Ana sí tuve miedo porque fue un embarazo de alto riesgo y me sentía muy culpable porque yo quise interrumpirlo, en las primeras semanas y lo hice así como Dios me dio a entender, dice la de la farmacia dice fulanita , dice menganito, sentía culpa porque en los siguientes meses venía esa amenaza de aborto después en ese embarazo de los 21 años me sentía como más valiente, o sea, como ya me platicaron ya me informaron que no va a pasar nada malo y que es con pastillas aparte de todo si vas a tener un sangrado así y así pero ya me lo decía el ginecólogo estaba en una clínica, entonces ya no sentí miedo, sentía más como tristeza o como frustración, más bien como frustración y coraje porque no se dieron las cosas como yo planeaba y en este tercer embarazo, ahí sí sentí tristeza, sentí tristeza porque si lo planeábamos, sí lo esperaba aunque sí sentía miedo pero predominaba más el sí lo quiero tener, entonces, en el tercero, fue como más tristeza de pensar de que no se iba a lograr que lo esperaba y no se dio fue más, así el tercero, como con más tranquilidad". (Entrevista a Esperanza, 2018).

Para ella la maternidad implica una responsabilidad muy grande, donde además de requerir tener los medios suficientes para poder criar a una persona, se requiere estabilidad emocional, incluso de pareja.

Pienso que es una palabra fuerte porque con lleva muchas responsabilidades, o sea, realmente no es decir `ya tengo al hijo físico si no que una educación, creo que es una educación, la maternidad no solamente es que venga a cubrir algún aspecto de cariño, es como educar a una persona que traes atrás de ti o al lado de ti, no sé cómo lo quieras acomodar, responsabilidad de muchas acciones, de muchas cosas. (Entrevista a Esperanza, 2018).

A lo largo de su vida y a través de su trayectoria reproductiva, nos comparte que ha pasado momentos difíciles en torno de ser mujer, lo que la ha llevado a pensar que

ser mujer es más complicado porque enfrentas problemas que los hombres no tienen.

Difícil, sí lo veo complicado el ser mujer, sí la veo así porque, o sea, hablando en el proceso de maternidad, bueno es que sí es complicado porque creo que desde la naturaleza desde que tenemos muchos cambios físicos en nuestro cuerpo, o sea, la menstruación viene acompañada de hormonas, todo el mes estamos en un sube y baja no, y los hombres creo que no tienen mucho eso y aparte de todo es un sangrado, ponte una toalla, ponte tampones, ponte esto, ponte el otro; luego la estética, el hombre puede andar con las axilas así peludas y la sociedad no lo va a juzgar de `aaah es hombre no hay pedo´ y la mujeres es de `ay ya la viste´ somos más entre mujeres, somos más, nos atacamos más, desde que somos mujeres `ya viste cómo anda vestida´; el hombre es gordo y si la mujer es gorda `vela está muy descuidada´, es por la parte estética, por la parte emocional, si eres madre, desde ser madre, la elección de si soy mamá, cuando decides ser mamá, por eso te decía, la maternidad también es emocional, no solo es física, cuando realmente decides ser mamá te das cuenta que es complicado porque sabes que aunque esté el papá si tu hijo llora en la noche, si tu hijo se enferma es como que te duele a ti, y el hombre tiene más esa habilidad, no sé cuál sería la palabra de zafarse de la emoción o del hijo”. (Entrevista a Esperanza, 2018).

Karina

8 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

37 años de edad

La trayectoria reproductiva de Karina se encuentra conformada por un embarazo llevado a término a los 19 años de edad, de la cual nace su primer hija mediante un parto, a los veinte años vive un legrado en una clínica clandestina, comenta que este fue llevado a cabo en dos citas, donde la segunda fue sin anestesia, la recuerda mucho por el dolor que le ocasionó, a sus veintisiete años de edad, tiene a su segundo hijo mediante un parto, a los 28 tiene otro aborto clandestino y en esta experiencia, 9 años después, la vive a través de los servicios de salud de la CDMX, es decir, bajo el protocolo de ILE.

La entrevista gira en torno de su experiencia dentro de la clínica de ILE del Centro de Salud TIII México España y se va nutriendo con sus otras experiencias reproductivas. Para el caso de la ILE, nos comparte que ella no titubeo en la decisión de interrumpir o no su embarazo, pues ya se encuentra satisfecha con el número de hijos que tiene, a ella le pesa el que su pareja actual sí quiere tener hijos, sin embargo, no fue determinante para su decisión de interrupción.

Menciona que estuvo manteniendo relaciones sexuales sin protección con su pareja actual porque él aseguraba que no podía tener hijos, pues anteriormente tuvo una pareja con la cual no llegaron a tener hijos. Cuando supo de su embarazo, pensó que su pareja quizá lo querría, incluso tuvieron una plática de que él sí quería continuar con el embarazo, pero ella no, sin embargo, se mantuvo firme y continuó con la búsqueda del servicio de interrupción.

Pues es feo por él, porque él no tiene hijos, entonces, le dije sabes que... y me dijo a mí me vale madre yo quiero tener mi hijo contigo y yo no puedo y fue desde que empezamos le dije wey yo no quiero más hijos y quiero que tu seas consciente de eso porque para que tú no veas en mí eso, yo estoy bien con mis hijas y pero pues no yo ya estoy como grande tengo 37 años". (Entrevista a Karina, 2018).

Llegó a la clínica de salud sexual Marta Lamas porque una amiga se la recomendó, menciona que su amiga le comentó que la trataron muy bien, además no le quedaba muy lejos de su casa, es así que decide acudir a ella.

*...pero fijate que otra amiga fue al México España que la trataron muy bien que la chingada y yo perfecto, entonces me meto a internet me pongo a investigar y veo los comentarios y digo *no pues sí*, porque en sí hay una clínica por mi casa que también lo hacen pero ahí te pedían que el seguro popular y bla bla bla... y era más como este... más papeleo y me dijeron que aquí estaba perfecto...". (Entrevista a Karina, 2018).*

Igual que en otros casos, no contaba con el estudio de tipo sanguíneo para verificar el tipo de RH en sangre, lo pudo resolver porque ese mismo día por la mañana y en un lugar cercano a la clínica fue a tomarse la prueba, mientras estaba en la consejería su pareja le llevó los resultados de la prueba.

*Entonces dije a pues me voy a lo seguro al España, entonces llego super temprano y hace 8 días me dicen *`necesitas un estudio de tipo de sangre`* y yo dije *`pues yo me lo sé`*, y me dijo *`sí pero necesitamos por escrito`* y le dije *`aquí no lo hacen`* y me dijeron que *`sí pero ahorita no está ese servicio`* entonces ya me meto a google y ya veo que hay un laboratorio aquí a la vuelta y voy y dije a ver si me lo reciben, voy, me hago el estudio me regreso a la clínica y le digo a la chica... le digo a la chica qué onda me lo acabo de ir hacer pero me lo entregan a las 11 no me acuerdo me dijo *`bueno déjame ver`* entonces pues ya me quedo me dan la plática todo, me traen el estudio mi pareja va a que se lo entreguen y pues ya coinciden los tiempos y pues ya me pueden dar la atención, bueno el tratamiento que en este caso fueron las pastillas. (Entrevista a Karina, 2018).*

Para ella, el trabajo de la consejería es importante, pues es el momento en el que dentro de la clínica puedes hablar de tus emociones y poner en claro algunas de tus emociones.

La trabajadora social excelente persona nos da bien la información, todo bien, la verdad sí me siento muy agradecida porque pues traes una bronca en la cabeza, o sea, en el corazón y en todo el cuerpo y la explosión de hormonas y lo que menos quieres es que te juzguen o califiquen, entonces la verdad el trato de todos excelente. (Entrevista a Karina, 2018).

Posterior a la atención en la clínica, al siguiente día comienza con la toma del medicamento en casa, para ello, su pareja la estuvo apoyando todo el tiempo, incluso su hija, a quien recuerda que en las ocasiones cuando experimenta cólicos menstruales, es quien la apoya. En algunos momentos, cuando experimentaba intenso dolor, se preguntaba ¿por qué no le pasa eso a su pareja y a ella sí?

Estaba en mi casa con mi hija la mayor pero ha habido veces que así me pongo cuando me baja y es de hija deja me acuesto y ahí hazte cargo de tus cosas, entonces bueno yo me acosté, mi pareja estuvo ahí conmigo de ayúdame y échame la mano, dándome de comer y dándome agua y cosas así, este pues la otra chiquita de mamá “te sientes muy mal verdad”, y “sí mi amor ahorita no me siento bien pero en un rato más me voy a sentir mejor” y ella de sí bueno y ella veía la tele, entraba un rato al cuarto conmigo y cosas así, pero si es feo, pero bueno la verdad es que un ratito de dolor que toda la vida de cuidados y más cuando ya tienes hijos grandes... muy bien, o sea, sí duele...

Pues él así, pues super atento y estás bien pero sabes que... de superman y casi casi quieres que te besen los pies, también como que me enojaba porque me pasa esto a mí y no a él, o sea, por ejemplo, esa como lucha interna medio absurda pero bien él ahí conmigo pues buena onda, se portó bien, se quedó conmigo. (Entrevista a Karina, 2018).

Al respecto de su pareja, recuerda que se sintió mal por no poder llevar a término su embarazo y saber que él sí quería que “tuvieran al bebé”, pero nunca dudo de lo que ella quería, principalmente considera que “ya no está en edad”, “qué le va a ofrecer”.

“Me sentía mal como por él, pero la verdad yo me sentía aliviada y me sentía, así como que un respiro porque más porque ya soy mamá y se de lo que se trata la educación, el dinero, el tiempo, entonces dije “no yo que le voy a dar a este bebé” aunque a lo mejor él puede estar al pendiente... pero pues yo ya no quiero, pues yo me sentí aliviada la verdad. Pero es feo no, pero muy por encima de todo es el alivio, la verdad”. (Entrevista a Karina, 2018).

Al hablar de su edad, recuerda que en su primer embarazo no la pasó tan mal como en éste, a lo cual le atribuye que ahora es más grande.

Yo me acuerdo que con mi hija Frida nunca tuve un achaque, un mareo, un vómito, no, y ahorita que me paso esto yo sentía que me moría, pero pues es la edad, no, horrible, tenía ganas de vomitar, olía un dulce, como que tu sentido del olfato al diez mil por ciento”. (Entrevista a Karina, 2018).

Al preguntarle sobre sus emociones, nos cuenta que “estuvo muy emocional”, presentó cambios importantes en su estado de ánimo, desde que inició su embarazo

hasta poco después de la interrupción, de hecho, menciona que su personalidad presenta cambios de ánimo frecuentes, sin embargo, estuvieron muy marcados durante su gestación, incluso durante la expulsión del embrión.

Pues si ya sabes, yo creo que por el disparo de hormonas, sí lloraba de repente de porque me pasa esto a mí y como la culpa conmigo misma de decir Karina ya estás grande y no mames porque estás... porque te pasa esto déjaselo a una chavita que no sé... que es joven... x... pero sí se me hacia el castigo hacia mí de, `ya estás grande wey´ y que te esté pasando esto pero pues bueno al final pues me confié y llegue aquí y alguna chica dijo `cómo es posible hay unas que vienen cada año´ y le dije `cállate wey porque la verdad no sabes en qué momento puedas regresar o que tan confiada puedes estar´ y pues nada más es entender”. (Entrevista a Karina, 2018).

En lo que respecta a la anticoncepción, ella manifiesta que no quisiera llevarse un método anticonceptivo de larga duración, sin embargo, se siente obligada a decidirse por alguno, por ello pensó en el DIU T de cobre, ya que es un método anticonceptivo de larga duración que no libera hormonas. En esta decisión, menciona que el médico no estuvo de acuerdo, ni las trabajadoras sociales pero que ella insistió en que no quería emplear hormonales.

Sí, al final no puedo irme de aquí sin un método, entonces pues la T de cobre, no tengo opción porque el otro que dicen es hormonal. (Entrevista a Karina, 2018).

En lo referente al apoyo social que recibió, recuerda que obtuvo la información por parte de su amiga, acerca de la clínica de ILE, porque el médico que hacía abortos clandestinos, donde se había atendido anteriormente, hace poco había fallecido. Entonces, estuvo preguntando “discretamente” entre sus amigas y se apoyó en su pareja, quien la acompañó y con quien tomó la decisión de interrumpir. Más allá de su pareja no lo comentó con su familia, por ejemplo.

No, nadie esto definitivamente es algo personal, a parte mis abuelos son cristianos por ejemplo, mi mamá es cristiana evangélica de todo o sea le mete a todas las religiones, o sea la religión es la que más te juzga al final, entonces pues no tenía caso... (Entrevista a Karina, 2018).

Durante la entrevista con Karina, nos habla acerca de las condiciones de su primer aborto, el cual fue muy doloroso, incluso en la segunda cita, no se empleó anestesia, menciona que porque la cobraban y a ella ya no le alcanzaba el dinero. Esta experiencia la usa para poder comparar con el proceso de ILE que estaba viviendo en la clínica de salud sexual Marta Lamas.

Porque has de cuenta que fue en un cuartito, así súper clandestino, te meten y eran dos doctores, entonces me acuerdo que en ese tiempo me cobraron una lana, bien no me acuerdo, pero has de cuenta como dos meses de salario, entonces, fue como me meten a ese cuartito me ponen anestesia local, me acuerdo que me pusieron una inyección en la vagina me ponen esa inyección y me meten el pato ese que te abre horrible y te empiezan a rascar, entonces, yo siento todo el dolor todo el dolor y yo me acuerdo que yo sufría, yo lloraba del dolor y me acuerdo que me decían “no hija es que tú no tenías tres meses”, o sea, imagínate yo ya tenía más de tres meses, y me enseña una charola con carne molida o sea no... horrible, horrible, o sea, ahora lo hablo pero aun es fuerte es muy fuerte. (Entrevista a Karina, 2018).

Para ella es un beneficio que la mujer pueda acceder a lugares seguros para llevar a cabo una interrupción legal del embarazo, pues en sus palabras y de acuerdo a su testimonio, lo anterior era una “masacre”.

Sinceramente, a la mejor si no hubiera existido esta ley de ahora, seguiría, que yo estoy segura que sigue esta masacre, porque es una masacre de ir a lugares clandestinos donde no sabes si realmente es un ginecólogo o qué chingados, yo me imagino que el nivel de mortandad de los abortos pues es mínima a como estaba hace casi 20 años, entonces está súper bien. (Entrevista a Karina, 2018).

Sus decisiones reproductivas están marcadas por su experiencia, pero también por el núcleo familiar en el que Karina creció, ha podido observar los cambios generacionales, incluso menciona que su hija ha manifestado que ella no quisiera ser madre.

Me dice no mamá yo definitivamente no quiero hijos... pero por qué tampoco te bloques a eso no, por qué porque yo soy muy egoísta y a mí no me gustaría ser como es mi papá conmigo, o sea le queda tan claro desde joven entonces como que a ella te ha tocado ver la realidad, lo que a lo mejor a mí no, o sea yo decía mi mamá me tuvo a los 16, mi abuela la tuvo a los 19 también, o sea ,cuando las costumbres que tenían, a mi bisabuela se la roban a los 13 años y tiene 10 hijos, a mi abuela por ende también tiene 4 pero también perdió, tres... mi mamá solo tiene dos, mi hermano y yo, yo soy la mayor... y yo nada más en si quería un hijo pero pues llevo el pilón y es ahí cuando entra eso, ya no tengo la paciencia ya vi lo que es la realidad, lo pesado que es guiar a un hijo y ahora tengo otro, ahí es cuando despierta esa conciencia de decir, no está padre para ellos, pues batallo con la más enana pero ahí voy”. (Entrevista a Karina, 2018).

En estas decisiones se encuentra su primer embarazo llevado a término, menciona que fue un parto normal, muy doloroso, incluso tuvo que regresar al tercer día y comenta que le habían dejado placenta dentro, por lo que tuvo que quedarse otros días internada.

Fueron normales, el de Fernanda fue súper doloroso en el seguro social que al tercer día regresé porque tenía mucho dolor me rasgaron, te hacen la esa no sé cómo se llama, y regreso porque yo me sentía muy mal y resulta que me dejaron placenta y me hacen un legrado y me quedo internada otros tres días con curaciones súper dolorosas, te digo es un horror ser mujer”. (Entrevista a Karina, 2018).

Sus experiencias de parto en el seguro social han sido muy desagradables, al mismo tiempo que dolorosas, para su segundo embarazo, nos comparte que tampoco emplearon anestesia, fue un parto “seco” y muy doloroso.

Verónica

8 semanas de gestación

Radica en la Ciudad de México

38 años de edad

La trayectoria reproductiva de Verónica está nutrida por una cesárea, dos interrupciones del embarazo y un aborto espontáneo. Nos habla acerca de la interrupción que vivió en el Centro de Salud TIII México España. En este caso, comienza con la ausencia de su menstruación. Actualmente, tiene una hija con 16 años de edad, fue su primer embarazo, a los tres años presenta el siguiente embarazo, en este caso no deseado y llevado a término en una clínica clandestina, posteriormente, presenta otro embarazo, en el cuál la ILE ya se encontraba operando en la CDMX, por lo que le fue posible interrumpirlo en los márgenes del aborto “legal, seguro y gratuito” en el Centro de Salud TIII México-España. Recientemente, presenta un aborto espontáneo, menciona que no sabía que estaba embarazada hasta que comenzó a presentar el sangrado, entonces reconoció lo que ya había vivido en ocasiones anteriores.

Por qué tenía un retraso, empecé a sentir náuseas, entonces, fue donde yo dije no algo está mal, entonces para más directo dije `voy a hacerme la prueba`, fui al laboratorio a hacerme una prueba de sangre, que es en la que yo confié, ya vi que era positivo, ahí me di cuenta. (Entrevista a Verónica, 2018).

Cuando confirma su embarazo, comienza a buscar información en internet, en primer lugar, encuentra que tiene que asistir a un centro de salud para que fuera canalizada a una clínica de ILE. En este centro de salud (que es el que le queda cerca de su casa), sintió que la juzgaba el Dr. que la atendió, agrega que le dieron un pase a la clínica de ILE pero en la clínica no se lo pidieron.

Entonces, yo dije no manches, como puede ser, entonces yo dije yo no quiero, y sabía que aquí en el DF se puede hacer la interrupción, entonces me metí a internet y estuve investigando y todo primero y fui a un centro de salud y ya ahí me remitieron, me dijeron

tienes que, según internet tenía que ir a un doctor para que de ahí me canalizaran a otro lugar, donde me iban a hacer la interrupción, entonces yo fui a un centro de salud que estaba cerca de mi casa, entonces me dijeron que tenía que ir al centro de salud a hablar con la trabajadora social, ir con el doctor y de ahí él me iba dar un pase, por qué según esto, sin el pase no me iban atender, entonces yo fui y lo pedí, entonces ya el doctor me hizo una prueba de sida, me preguntó qué porque quería abortar y te ven todo raro, ya después de eso me dio el pase y ya el otro día fui a la clínica. (Entrevista a Verónica, 2018).

De las opciones que le dieron de las clínicas donde se practica la ILE, elige la más cercana a su domicilio, prosigue de acuerdo a las recomendaciones, que incluyen: llegar temprano a formarse y llevar sus documentos.

Me dijeron cuales estaban, entonces yo dije voy a la más cerca de mi casa, entonces ya llegué me fui temprano porque me dijeron que tenía que ir temprano porque daban ficha dije yo quiero ser de las primeras, me fui como a las cuatro de la mañana y llegué y ya había gente entonces llegué y había una fila, no estaba lejos, tan solo porque había muchas personas, entonces, ya llegué, me formé hasta que abrieron, creo que abren a las siete, entonces mientras estamos ahí formadas, pláticas, y escuchar las historias de las chicas que están ahí y ya cuando pase, creo que tuvieron, tuve que llenar mi domicilio, mi nombre y mi edad. (Entrevista a Verónica, 2018).

Al día siguiente asistió a la clínica desde temprano, calcula que habrá llegado a las cinco de la mañana, su pareja no la acompañaba porque en ese momento se encontraban viviendo separados por problemas familiares, entonces él llegó cuando ella ya estaba dentro del servicio de la clínica. Nos cuenta que ella fue de las primeras en llegar a formarse, recuerda que eran aproximadamente 50 mujeres las que estuvieron formadas, ya no sé percató si todas fueron atendidas, lo que pudo observar es que a las mujeres que acudían desde otros estados de la república (excepto Estado de México), las atendían mediante procedimiento quirúrgico, piensa que porque ellas no pueden acudir a su revisión y ese mismo día son atendidas para ser dadas de alta. Además, presencié el caso de una menor de edad que iba con su mamá y necesitó llevar un acta de nacimiento.

Como en otros casos, el flujo de atención viene desde la entrega de documentos, paso por el ultrasonido, donde le indican el procedimiento por el cual va a llevar a cabo su interrupción, posteriormente la plática con las trabajadoras sociales y la toma del medicamento en el consultorio del ginecólogo, al final de ese día le dan su cita y le indican que es importante que acuda a su revisión.

la semana siguiente para que te hagan una revisión para ver cómo estuvo todo y si tuviste alguna cuestión, algún síntoma fuera de lo común, pero si es obligado ir para que te den de alta. (Entrevista Verónica, 2018).

Al siguiente día, tomó el medicamento en su casa, su pareja fue por su hija a la escuela; ella se mantuvo acostada. En su casa no informó a su familia (con quienes vive), sólo comentó que “tenía cólicos”, a lo cual su madre le ofreció “un tecito”. El sangrado que presentó fue muy abundante los primeros tres días, posteriormente fueron disminuyendo, incluso el día de su revisión continuaba sangrando. En su revisión comprobaron que no había presentado complicaciones y la dieron de alta.

Aliviada, bien la verdad dije que bueno yo bien feliz incluso hasta ese día cuando salí me fui a comer un helado muy feliz para decir a que chido no fue complicado y estuvo bien y no pasó nada, así con mi cuerpo algo que me afectado o que se saliera de lo normal dentro de todo el proceso creo que estuvo normal no fue nada complicado me sentía aliviada normal. (Entrevista a Verónica, 2018).

Recuerda que fue muy diferente a su primer aborto, en el que sufrió mucho y tuvo mucha culpa, ahora puede comparar la experiencia y ver que no la pasó mal, ni físicamente, ni emocionalmente como en su primer aborto. Este primer aborto acontece cuando se encuentra penalizado y tiene que llevarlo a cabo en una clínica clandestina, donde además del costo económico, el costo corporal y moral es muy diferente.

Yo había tenido un aborto antes, no fue como `ah que chido´ no fue como `me corté y ya no pasó nada´, no pero ya no lo viví con tanto tanta culpa, ya no lo viví así tan traumático como la primera vez, y obvio si mi pareja, yo no voy a decidir es como si tú quieres va pero yo no quería y le dije es que yo no quiero y así fue como me tomé mi decisión, también la otra, fue mi decisión pero ya no viví con culpa como la primera, es que si la primera fue muy, para nada bien aparte la formación católica que te dan en la casa y mi mama se moriría si supiera lo que yo hice, cómo es posible, viví fue lo que viví y fue un trauma la primera vez. (Entrevista a Verónica, 2018).

Su primer aborto aconteció poco antes de la despenalización del aborto, recuerda Verónica, en esa primera experiencia, menciona que su embarazo superaba las doce semanas de gestación, por lo que su búsqueda para llevar el aborto de manera clandestina fue “un poco complicada”, primero fue con una ginecóloga que le dijo que el producto era muy grande, que mejor la canalizaba y posteriormente la envió con otro médico, donde llevó a cabo el aborto. Menciona que, al enterarse de su embarazo, lo confirmo con un ultrasonido, al momento del mismo, este le intentaba

mostrar el “bebé” y mencionaba que era muy grande, ella intentaba no verlo, ni escucharlo.

Pudo llevar a cabo el aborto, menciona que en esa ocasión fue muy doloroso, se sentía culpable y, para este caso, en el primer ultrasonido, la acompañó una amiga que “sí quería ser mamá”, ella le decía que lo tuviera, que la iba a apoyar, entonces, ella pensó que no era la mejor compañía y para la siguiente consulta, con el otro Dr. ya no la quiso invitar. En este momento fue complicado emocionalmente.

[...]me veía muy mal y dije que me sentía muy mal me desahogue, ahí fue que le dije `necesito contarte algo´ y fue donde me desaté, lloré terrible y todo, y fue con ellos que lo fui hablando y lo recordaba y me ponía a llorar, me ponía llorar en cualquier momento, en la calle me ponía llorar, sí fue como muy traumático, pero ya poco a poco y con el tiempo esté dije `ya no fue ella, no fue oye voy a dejar atrás´, sí ya pasó hoy fue así fue como que poco a poco yo fui superando es eso. (Entrevista a Verónica, 2018).

Dada la experiencia reproductiva de Verónica, puede comparar los eventos obstétricos que ha vivido, en este caso, comparar su experiencia de interrupción legal del embarazo en los márgenes establecidos en la gaceta oficial médica de la Ciudad de México, con aquella interrupción que tuvo en una clínica privada, bajo el término “clandestino”. En el caso de la ILE, ya no sintió el peso moral que cargó tanto tiempo en el aborto clandestino, ni el costo económico que ella recuerda, en aquella ocasión fue la liquidación completa de un trabajo del que acababa de salir.

Pues mucho mejor, éste me sentí segura, además, aquí la ventaja es que dije yo que bueno porque económicamente no me afectó, porque no pagues nada y porque era supervisado, igual pero por un médico, pero como que vi que a muchas mujeres que recurren por diferentes motivos hacen la interrupción, no sé a lo mejor, como ven a más mujeres que están haciendo lo mismo que tú, es como un acompañamiento, no es así de que `hay que chido que todas vayamos hacerlo´ pero te da así como cierta empatía, cierta solidaridad con las mujeres, no sé cómo que de cierta manera aunque estén ahí contigo, sea del hecho de estar ahí contigo, que te acompañen y luego mi pareja es que estaba ahí, siempre conmigo, me hace sentir mucho mejor más tranquila, más tranquila que la primera (Entrevista a Verónica, 2018).

Para la segunda interrupción, consideró como motivos elementales para tomar su decisión el que “su hija ya está grande y no quisiera volver a empezar”, hablando del tema de los cuidados, “las desveladas”, agregando el costo económico que representa “tener un hijo”. Comparte que, en estos tres procesos reproductivos, estuvo acompañada por su pareja, en los tres, fue la persona en la que se apoyó emocionalmente, económicamente y para realizar las actividades en casa, como el cuidado de su hija.

Recuerda que la llegada de su hija no fue planificada, sin embargo, enterarse de su embarazo no represento duda, miedo o rechazo, desde un principio estuvo feliz, incluso cuenta que ella desde el principio del embarazo, “quería tener una hija”, cuando le confirmaron el sexo de su bebé, se sintió muy feliz. El tema complicado de este embarazo fue comunicarlo a su familia, tanto por parte de ella como de su pareja, pues ella, se encontraba terminando la licenciatura y sentía que, en ese sentido, no era correcto lo que “estaba haciendo”, más al pensar que su papá lo iba a desaprobado.

Para mí, o sea, cuando nació mi hija cuando yo me enteré que estaba embarazada llegó en un momento bonito, porque mi pareja y yo, entre los dos, pero el enfrentarte a tu familia, mi mamá si me apoyó, pero mi papá era una onda muy machista, entonces yo tenía terror. A mi papá, mi papá no le dije que estaba embarazada, hasta que tuve cinco meses y no se enteró por mí, yo le tenía mucho miedo entonces. (Entrevista a Verónica, 2018).

El año pasado presentó un aborto espontáneo, ella no sabía que estaba embarazada, un día sintió un cólico muy fuerte, se dirigió al baño y sintió que le salieron unos cólicos “debe ser eso”, entonces sintió que venía un coágulo más grande porque el cólico se intensificó, efectivamente observó un coágulo más grande, lo que la hizo pensar que había tenido un aborto espontáneo.

El año pasado estuve embarazada por octubre, fue un descuido terrible, yo no sabía de verdad que yo no sabía, un día empecé a tener un cólico terrible, terrible y un sangrado horrible, esta cosa fue diferente, porque eran como tres semanas una cosa de nada, y entonces nunca me había sentido tan mal nunca nunca de cólico y cólico, dije que me pasa fui al baño y vi que había tenido un coágulo a dije aaaah porque a veces me pasa, pero cuando estaba en el baño sentí como que algo salió, dije `no seguro que estaba embarazada´ esto fue un aborto espontáneo, otra cosa que me pasaba cuando lo vi dije `ya ok, es parecido con lo que me pasó con el medicamento´ pero este fue espontáneo, porque realmente yo no tenía ni idea tenía ni un mes, pero no estaba segura, pero si me dolió mucho, entonces recuerdo que fui al baño y dije `ah ya salió´ y ya pasó, no sé cómo por mi mente, dije ya lo viví y ahora, dije porque pasó, no sé, entonces me acuerdo que fue un lunes y el martes, bueno ya me sentía tranquila. (Entrevista a Verónica, 2018).

En este caso, al siguiente día comenzó con sangrados y dolores, por lo que le pidió a su hija que llamará a su papá para que la llevara a la clínica. En la clínica la recibieron y la tuvieron en la sala de espera, sin embargo, ella comenzaba a gritar y desesperarse porque sentía que se estaba desangrando, comenta que por donde quiera que se sentara dejaba ensangrentado al poco tiempo; después de insistir, la

atendieron, le introdujeron medicamento vía vaginal, esperaron que hiciera efecto y posteriormente la anestesiaron para hacerle una aspiración.

Una vez enunciados estos eventos obstétricos: 1) Embarazo, 2) Aborto antes de la despenalización, 3) ILE en CS TIII México España y 4) Aborto espontáneo, ella concibe su cuerpo como fuerte.

Pues yo me veo muy feliz, la verdad lo del cuerpo, sí, la verdad debo decirte que el último embarazo y el aborto espontáneo me sacó mucho de onda, no puedo decir que es resultado de los abortos que tuve, no lo puedo decir, porque no lo podría asegurar, me sacó de onda simplemente como reaccionó mi cuerpo, porque era el cuarto embarazo, como que rechazo mi cuerpo algo, no sé por qué y estuvo bien, porque de igual no lo hubiera tenido, pero ahí me di cuenta que mi cuerpo cambió, pero yo soy sana, ni tampoco me veo como 'no sirvo porque tuve un aborto espontáneo', simplemente algo no sé, qué pasó pero hay donde dije 'la naturaleza es sabia y el cuerpo es sabio por algo paso'. (Entrevista a Verónica, 2018).

6.5 Grupo 4.- ILE quirúrgico, mujeres sin abortos previos

Daniela

8.1 semanas de gestación

Radica en Mérida, Yucatán

25 años de edad

Daniela menciona que empieza a pensar que puede estar embarazada cuando su menstruación no se presenta, ella recuerda que es muy regular, incluso emplea una aplicación en su celular que le recuerda cuándo inicia su periodo menstrual.

Yo soy muy regular en mis ciclos menstruales y pues de hecho tengo una aplicación en mi celular que está me ayuda a saber cuándo me va a bajar y todo y yo tenía planeado no me acuerdo exactamente qué día caía pero no me baja, se me atrasó una semana y entonces me empiezo a preocupar, sin embargo, espero yo todavía otra semana esperando milagrosamente me bajara la menstruación y no me baja, me desespero y voy, compro dos pruebas de embarazo a la farmacia, me las aplico y sale positivo, después de eso todavía, yo con la noticia sola y eso empiezo a pensar mis posibilidades de hacer porque en ningún momento pensé tenerlo y éste, y en conclusión decidí decirle a mis papás para que me ayudarán a resolverlo sabiendo que ellos me iban a apoyar en la decisión que yo tomara sea cual fuera después de eso se los cuento. (Entrevista a Daniela, 2018).

El contexto de su embarazo y su relación de pareja es que recientemente habían terminado con su relación, pero todavía mantenían relaciones sexuales, por este

motivo ella no consideró involucrarlo en el proceso de la interrupción, piensa que más adelante puede comentarle, pero en ese momento decidió no hacerlo.

La verdad todavía lo seguía viendo, todavía tenía relaciones sexuales con él, este, entonces ya estábamos en un status de ambigüedad porque seguíamos juntos, seguíamos platicando muchas cosas, pero no éramos novios formales, eso también a mí medio, también me dio la decisión de no contarle. (Entrevista a Daniela, 2018).

Daniela actualmente vive en Mérida, Yucatán, ahí, al buscar información, encontró la posibilidad de interrumpir con medicamentos, sin embargo, esa nunca estuvo entre sus opciones puesto que pensó que se pondría en riesgo si algo pudiera salir mal, incluso pensó que podría ir a la cárcel. Recientemente leyó una noticia, la cual mencionaba el caso de una mujer que fue recluida por llevar a cabo un aborto en su lugar natal, donde no era permitido legalmente.

Pastillas aquí, y clínicas clandestinas aquí que practican los abortos, sin embargo, para mí nunca fue una opción porque siempre me dio mucho miedo que algo malo me pasara aparte como no es legal en el estado de Yucatán si me algo pasa y llego ir a emergencias me van a meter a la cárcel por un intento de homicidio o homicidio. (Entrevista a Daniela, 2018).

Daniela y su madre se pusieron en contacto con una persona de la Ciudad de México que les brindo información sobre la operación de las clínicas y sus requisitos. También encontró un blog en internet donde daban recomendaciones para acudir a las clínicas de la CDMX. Así fue que comenzaron a organizar su viaje a la CDMX, considerando que necesitaban presentarse muy temprano para formarse y los demás requisitos: a) Original y copia del comprobante de domicilio, b) Original y copia del INE y c) Análisis de tipo sanguíneo.

Llegamos ya no me acuerdo llegamos un martes a las ocho de la noche esa porque como tú me dijiste y había leído ya en varias páginas, tanto en la página de la Secretaría de Salud como en otros blogs que decían que hablaban sobre las clínicas de aborto de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, daban ciertos tips de antes, por ejemplo, llevar una botella de agua de litro y medio un juguito, unas toallas sanitarios cosas así. (Entrevista a Daniela, 2018).

Nos comparte acerca de su estancia en la clínica, es muy diferente al caso de las mujeres que acuden y son atendidas por medicamentos, ella es ingresada al área de quirófano, en primer lugar, ingresa a la sala de recuperación, donde le colocan misoprostol vía vaginal para que comience a dilatarse su cérvix y puedan iniciar con la aspiración. En esta sala se encuentra hasta medio día, sin embargo, comenta que no “dilataba” por lo que deciden comenzar el procedimiento al medio día.

Cuenta que tuvo mucho dolor a pesar de que le pusieron cuatro puntos de anestesia en el cervix. Para ella fue muy doloroso, cuando terminaron el procedimiento de aspiración, regresa al área de recuperación y continúa con mucho dolor, mareos y náuseas.

En algún momento dejan pasar a su madre para que la asista y la ayude a comer, no lo consigue puesto que tiene muchas náuseas y se encuentra inapetente, todo el tiempo tuvo mucho dolor, no logró comer, sólo se tomó un jugo pensando que el azúcar del mismo la ayudaría a sentirse mejor.

Antes de que la dieran de alta, ella había elegido colocarse el implante, un método anticonceptivo de larga duración, le hubiera gustado elegir el DIU pero después de lo doloroso que fue el procedimiento de AMEU, pensó que no podría tolerar las revisiones del mismo en lo subsiguiente. Nos habla acerca de los efectos secundarios que ha tenido desde que se colocó el implante subdérmico.

Después de que yo llegué a mi casa, ya después todo esto, sí me puse a investigar porque dije 'bueno me lo pongo ahorita y si no me gusta me lo quito era mi idea en ese momento', y sí me puse a investigar, sí hay dos tipos de implante subdérmicos, este que traigo con la hojita que me dieron, sí vi que era el menos invasivo, menos feo porque el otro sí maneja progesterona, bueno no sé qué cosa sí pero sí he sufrido un poco de efectos secundarios, por ejemplo, durante todo este tiempo, más o menos con una semana después, los primeros tres días después del procedimiento sí fueron sangrados abundantes pero más continuos pues, después de eso, ya dejé de sangrar como 2 o 3 días y después de la semana prácticamente, empecé a presentar sangrados leves pero ya diarios porque estoy con sangrado por el implante y si me dan un poco de dolor de cabeza. (Entrevista a Daniela, 2018).

Para ella es muy importante que la ILE sea posible y considera que no sólo debería estar dicha posibilidad en la CDMX, sino en toda la república, aunque también menciona que "Yucatán sería el último lugar donde se despenalizaría". En lo referente con su cuerpo y el proceso quirúrgico ambulatorio que vivió, nos habla de diferentes momentos en los que puede ubicar su experiencia desde el cuerpo.

Te podría hablar de antes, durante y después. Antes, pues como yo me entero de que estoy embarazada a las seis semanas, porque hice mal la cuenta o por lo que sea, sí me sentía un poco inflamada, sí sentía que mis pechos sí aumentaron de tamaño y de peso, y eso me incomodaba muchísimo, mis pezones estaban muy sensibles tanto que cuando me bañaba tenía que cuidar que no me callera el agua ahí. Sí me incomodó bastante y sí dije 'qué horror es estar nueve meses así y todos los cambios corporales, físicos hormonales', sí siento que son algo que tienes que querer, llegar al punto de tener un hijo, mucho para sobrellevarlo y yo creo que es uno de los parámetros que a mí me frena para decir no gracias no es lo mío, sí siento que me sensibilizó mucho, por ejemplo, en las mañanas no que me diera asco, pero

no me daban ganas de comer no tenía apetito en las mañanas, eso que te digo me sentía inflamada del abdomen a veces mis pechos estaban así sensibles, fueron más que nada incomodidades, este previas al procedimiento, después del procedimiento, sí fue, me sentí bastante débil y muy, como se podría decir, muy vulnerable después del procedimiento muy adolorida, mareada, con náuseas, bastante débil, sin embargo, después de 2 o 3 días ya llegué a que mi cuerpo se normalizó, bajo la inflamación abdominal del procedimiento, igual empezaron a desaparecer, a desinflamarse mis pechos, desapareció el asco de las mañanas y volvió mi apetito normal, y pues ahorita me siento bastante bien, no sé si decirlo hasta igual que antes, no veo ningún efecto secundario que digas `ay es que me quede flácida o me quede con ascos o me quede`, no digo no me siento avergonzada de nada porque no he visto muchos cambios corporales en mí desde el procedimiento me siento bastante igual a antes. (Entrevista a Daniela, 2018).

A lo largo del proceso y posterior a este, Daniela estuvo acompañada por sus padres, su madre habló con ella, incluso le compartió que ella en su juventud también había tenido un aborto, que se lo que ría compartir para que supiera que ella podía decidir lo que quisiera y tenía la ventaja de que actualmente es legal en la CDMX, no tendría que exponer su vida en un lugar clandestino. Su padre también ha estado con ella y su hermano, ella decidió compartir con su hermano lo que estaba viviendo, a qué vendría a la Ciudad de México; desde que lo comentó con sus padres se sintió “arropada por ellos”, “ya no estaba sola”.

Capítulo 7

La implementación del protocolo de ILE: Entre la vigilancia de la sexualidad femenina y el derecho a decidir de las usuarias

En este capítulo, se presenta el análisis de las categorías que surgieron de las entrevistas a los prestadores de servicio que eligieron colaborar en la investigación. De todo el personal que participa en el protocolo de ILE, en la clínica donde se llevó a cabo la investigación, sólo 2 prestadores del servicio optaron por no participar en la investigación. La mayoría se mostraron muy interesados en poder contribuir con su testimonio.

Además de las observaciones que se llevaron de manera cotidiana, el poder establecer una entrevista con los principales ejecutores del programa resultó muy enriquecedor. Es de destacar la forma en la que se habla de la sexualidad femenina, si bien, algunos de los participantes han sido activistas y/o han tenido una larga trayectoria en el trabajo dentro del área de la sexualidad, la planificación familiar y actualmente, los derechos sexuales y reproductivos, se hace notar que mucho de su trabajo se hace desde la visión médica que plantea esta vigilancia sobre el cuerpo femenino, sobre “enseñar” a las mujeres a cuidarse, “educarlas” en sus cuidados.

Algunos hacen una crítica severa a las mujeres que han realizado el procedimiento de ILE por más de una vez, es como si “no aprendieran de la experiencia”, el servicio no se les niega, sin embargo, entre ellos, suelen hacer estos juicios de valor acerca del comportamiento de las mujeres, incluso, de quienes deciden no emplear métodos anticonceptivos de larga duración. No obstante, ha sido un privilegio contar con las entrevistas y la experiencia de los prestadores del servicio que han estado involucrado, incluso desde antes de que se abriera la clínica; nos hablan acerca del panorama de la despenalización del aborto, ello contribuye a conocer un poco más la parte histórica de este proceso.

7.1 Antecedentes de la despenalización del aborto en la Ciudad de México

En la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva instalada dentro del Centro de Salud TIII México-España, se cuenta con la coordinación de las clínicas que ofrecen el servicio de Interrupción Legal del Embarazo por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En las entrevistas, se menciona cómo se fueron preparando los espacios clínicos ante la inminente despenalización del aborto, incluso mencionan, los prestadores del servicio con mayor experiencia en salud sexual y reproductiva asociada a los derechos sexuales y reproductivos, su propia experiencia dentro del tema.

Mi lucha por el derecho a la salud reproductiva de las mujeres va muy atrás, casi desde a los 10 años de mi ejercicio profesional dentro del IMSS que tomo las tareas del servicio de planificación familiar, en ese servicio, yo era el encargado de hacer salpingoclasias porque estábamos en el hospital de obstetricia, entregar dispositivos, básicamente, y salpingoclasias después del parto, desde ese momento mi tendencia hacia la calidad de vida de las mujeres ha sido importante, otro punto que marca la tendencia que sigo en mi carrera es que como jefe de la unidad de tococirugía muchas veces me tocaba atender mujeres que llegaban con abortos complicados y que en ocasiones llegaban porque alguien les había negado al información o la posibilidad de tener acceso a un método anticonceptivo. Después dentro de la evolución dentro del seguro social estuve a nivel central en el área de normatividad en la coordinación de salud reproductiva y materno infantil donde nuevamente estaba a cargo de supervisión de programas de planificación familiar, entonces por ahí va todo mi tendencia hacia el derecho a que las mujeres se vayan protegidas de los hospitales, al derecho a tener oportunidad y acceso a los métodos más nuevos más modernos que había en ese momento y que han ido evolucionando y finalmente cuando llega la oportunidad de que mujeres con anticoncepción y con cuidados adecuados tienen un embarazo no deseado y que son usuarias de un método anticonceptivo esto coincide un poco con la ley de despenalización en el 2007, yo ya estaba jubilado del seguro social y me invitan a trabajar en el programa de interrupción legal del embarazo.

Sobresale el interés por la salud sexual y reproductiva de las mujeres, desde el ámbito médico, la preocupación porque las mujeres puedan acceder a los métodos anticonceptivos. Al tener experiencia en el trabajo con el tema de los derechos sexuales y reproductivos, se les hace la invitación para preparar al personal que atenderá el programa, en el caso de que se aprobara la despenalización en 2007.

Yo realmente estoy en el programa desde antes que se promulgue la ley que fue en abril, yo llegué al programa en enero de ese año, fui invitada por el Dr. Pedro Zamora, quien en ese momento pues era el responsable de salud reproductiva en la secretaría, entonces este... fui invitada por él y me dice "vente a trabajar vamos a trabajar para la interrupción legal del embarazo. Empezamos a preparar la parte médica, cómo le íbamos a hacer, como íbamos a sensibilizar al personal y bueno, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales se hicieron procesos de sensibilización, no de capacitación, de sensibilización y se capacitaron 31 hospitales generales, especialidad, infantiles, pediátricos de la red hospitalaria, entonces todo ese proceso de tratar de romper el paradigma, de cambiar las cosas para una mejor atención para las mujeres de aborto, me tocó vivirlo, fue una experiencia padre... padre y a

la vez no, porque todo mundo era objetor en la Secretaría, todo el mundo decía no al aborto y aun así cuando no tenían que ver con ellos, se decían objetores de conciencia, entonces participamos en esa parte de la capacitación, yo no fui capacitadora, fui integrante del comité de organización y logística y me tocó coordinar en conjunto con las ONGS todos los cursos que se diseminaron en la Secretaría, o sea, que ningún hospital quedó sin conocimiento de lo que iba a ser el programa de interrupción legal del embarazo, después de ahí se contrató personal de nuevo ingreso expreso para el programa del interrupción legal del embarazo y con esa condicionante de que iban a ese programa... una de las cosas importantes que nosotros teníamos es que no aceptamos personal que fuera objetor (Entrevista a María, 2017).

En la opinión de uno de los médicos, el programa mejorado conforme se ha ido implementando, se ha estandarizado en todas las clínicas y centros de salud pública que cuentan con el servicio, además de incorporar el uso de la mifepristona para el proceso de ILE, lo que hace “la fórmula de oro” para la intervención.

El programa ha sufrido una evolución, ha madurado, es un programa totalmente diferente, los protocolos han sido depurados, básicamente entre todo el sistema, tenemos ya los mismos protocolos, los mismos tiempos de espera, el mismo, la misma estructura en cuanto a la atención de las pacientes, el reto principal es a veces la estructura o la infraestructura física, tenemos lugares donde tienen dos quirófanos, tenemos lugares donde no más tienen una sala exploratoria y de procedimientos, tenemos áreas donde el equipamiento está plus, y otras donde está, es estrictamente lo necesario e indispensable para dar una atención de calidad, entonces quizá esa sería la diferencia entre unos y otros que nos ha costado un poquito de trabajo, diez años de llevar hacia un estándar. La otra situación los pasos por los que ha pasado eee la inclusión de nuevos fármacos, básicamente la mifepristona que nos ha elevado mucho, el número de éxitos de cuando usamos solo un medicamento al inicio del programa teníamos un índice de falla, de resistencia, más bien al protocolo de medicamentos, hoy con dos medicamentos diferentes tenemos un éxito del noventa y ocho por ciento, esa sería la evolución de lo que ha pasado con los procesos, la otra situación que la población ya acepta, entiende que este es un proceso al cual tiene derecho y acude libremente sin miedo sin el qué dirán y entonces este, claro aquí tienen que cumplir los requisitos administrativos necesarios (Entrevista a Emilio, 2017).

7.2 Percepciones de la Interrupción Legal del Embarazo que tienen los prestadores del servicio

Los prestadores de servicio cuentan con formación y experiencia dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, a excepción del enfermero, nos comparten que están en la Clínica de Salud y Reproductiva “Marta Lamas” desde que se inauguró en 2012, todos han recibido capacitación específica para el programa, incluso la coordinadora nos cuenta que ella participó en la creación del protocolo de atención, pues en un principio todavía no estaba establecido tan específicamente como ahora lo ésta.

Los prestadores del servicio tienen ideas, nociones y percepciones relacionadas con la Interrupción Legal del Embarazo, se llegan a encontrar nociones dicotómicas entre ellos, pues algunos manifiestan asociar la interrupción al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y otros manifiestan abiertamente (en el menor de los casos) estar en desacuerdo o haber estado en desacuerdo con “el aborto”, pero a través de su trabajo han entendido que responde a evitar la mortalidad materna en su vínculo con el aborto clandestino. En esa medida la ILE permite a las mujeres hacer una interrupción en las mejores condiciones de salud posibles y entonces evitar complicaciones que la puedan exponer a la muerte.

Algunos prestadores del servicio mencionan que no están de acuerdo con el aborto pero que es una solución que salva la vida de la mujer que ya lo va a hacer. En el siguiente caso, vemos como una de las administrativas menciona su postura, ella afirma que nunca ha estado de acuerdo, aunque ha cambiado su manera de pensarlo, es evidente que incluso siente molestia cuando regresa alguna chica por segunda vez.

Bueno yo no estoy de acuerdo, realmente yo no estoy de acuerdo por qué, porque afortunada o desafortunadamente hay muchas formas de cuidarse, y como te lo comentaba igual puede ser una primera vez por un error o a lo mejor pues algo falló con esta chica o el chico, pero ya cuando viene la segunda vez, a mí sí me molesta, es muy molesto porque en primera, no se quieren llevar método y se los están regalando, hay muchas formas de cuidarse y como que la gente ahora está muy destrampada y se les hace muy fácil, muy muy fácil, y a parte el gobierno les da todo en charola de plata a estas niñas por eso lo hacen y lo hacen y lo hacen y lo hacen pero realmente no ven su salud (...) Pues es que estoy a favor y en contra, a favor porque por lo mismo de que luego lo hacen clandestinamente y ahí fallecen las chicas, pero el problema de hacerlo a favor es lo que está pasando, que vienen, o sea, tú has visto, vienen 20 diarias, si lo sumamos por año entonces son infinidad de niñas que no sé si porque están mal informadas, no sé si porque realmente lo hicieron, sin querer no quieren, quién sabe, no lo sabemos, ¿no? Pero pues tanto como penalizar, no tanto, o sea, sería muy cruel llevarlas a un juicio por cierta situación, pero yo me acuerdo que antes era porque o el bebé venía mal, o corría peligro la mamá, o corría peligro los dos, o había deformación del bebé o una violación que se pudiera comprobar, y en eso yo estaba de acuerdo, pero cuando lo hicieron general ahí sí ya no me gustó tanto no me gustó tanto pero... Sí soluciona problemas pero abre otras puertas porque se soluciona un problema de “ok no te vas a ir a un lugar en donde te pueda pasar algo es un lugar seguro” pero les abres la puerta a “qué bueno, pues sí me vuelvo a embarazar, lo vuelvo a hacer”, esa es la situación de que las niñas dicen “sí me debo de cuidar pero si no ya tengo a dónde ir”, es eso (...) A las chicas se les hacía fácil ir a cualquier clínica y hacérselo, entonces ahora que ya está legalizado ya vienen aquí con más confianza y creo que sí se ha reducido el índice de mortalidad de estas chicas. (Entrevista a Ana, 20108).

En el caso de los médicos, también menciona que la ILE ayuda a evitar muertes por abortos mal practicados, de acuerdo a su experiencia laboral, ha tenido que

hacer procedimientos derivados de abortos clandestinos que afectan la trayectoria reproductiva de las mujeres. Finalmente, menciona que es un derecho de la mujer decidir si continúa o no embarazada.

Es algo que la sociedad moderna de muchos países lo ha logrado, porque la interrupción ilegal del embarazo es realizada en forma muy rudimentaria y a veces hasta peligrosa, entonces cuando la paciente decide y acude a esta gente pues peligra su vida, yo vi morir gente que se había provocado un aborto, realicé histerectomías en pacientes muy jóvenes por úteros perforados sépticos, entonces en aquel entonces se calculaba casi medio millón de abortos los que había en la Ciudad de México, y en medicina por cada uno que tú conoces hay seis o siete que no conoces, entonces multiplícale y más o menos esa era la proporción, muchas pacientes llegaban complicadas, muy complicadas por esto. Esto quizás no haya disminuido el aborto definitivamente, sigue ocurriendo, pero ya lo que ha bajado es la mortalidad materna por este, por este proceso, ¿por qué? porque ya se hace de una forma programada bien, realmente de muy bajo riesgo, en un lugar adecuado y antes pues no era así. Entonces esto es bueno, esto es bueno; nosotros hemos ayudado a varios países a que legalizaran el aborto, hubieron muchos médicos argentinos que vinieron a prepararse aquí, chilenos, algunos de centro américa, que inclusive en su país no está permitido por ninguna causal y ellos ya están trabajando para hacer esto porque es una necesidad, en todo el mundo hay abortos, en todo el mundo, y que bueno que nosotros en el Distrito Federal tengamos aprobada la ley desde el 2007(...) Es un derecho de la mujer el que siga o no embarazada (Entrevista a Emilio, 2017).

Interrupción voluntaria que se deriva del cambio a la ley, llegó, en cierta forma a disminuir los casos de morbi-mortalidad por abortos mal practicados en la clandestinidad y por personal que seguramente no estaba preparado para atender las complicaciones; durante la época en que fui jefe de servicio de urgencias en el hospital de donde me tocó atender me tocó entregar certificados de defunción a mujeres que llegaron prácticamente a morir al hospital por abortos mal practicados entonces eso me motivo un poquito a que pudiera yo, no tuviera tanto conflicto emocional en poder atender este tipo de mujeres que en ocasiones traían un método anticonceptivo que hay falla de un método etcétera y que sin embargo este están cursando con un embarazo no deseado no planeado no esperado y buscan ayuda y a veces en los lugares menos adecuados y en las condiciones sanitarias más deplorables entonces el que la mujer tenga la opción de una interrupción temprana de una interrupción segura de personal capacitado en áreas físicas con infraestructura acorde al evento que vamos a atender definitivamente creo que es un paso muy adelante en la calidad de vida de muchas mujeres(...) No es una decisión de hoy me pare voy a un ILE, como hoy me paré quiero una taza de café, es una decisión que la tomaron o que la fueron madurando desde el momento que la regla no llegó en el momento que la esperaban que su menstruación se atrasó, o que ellas están conscientes de que han tenido relaciones sin protección y saben que eee se expusieron a un embarazo no planeado por no tener los métodos o los cuidados de una protección anticonceptiva, entonces ellas ya vienen con una dedican trabajada ya, incluso ya ni siquiera preguntan más en relación a cómo, cuanto, cuanto tiempo tengo incluso algunas saben perfectamente porque ya ha ido a otros lugares y han llegado con nosotros ya hasta con la des, a parte de la decisión tomada con los datos, -tengo tantas semanas soy para pastillas-, muy poquitas pero finalmente esta la información en, en su cabeza (Entrevista a Emilio, 2017).

El enfermero, quien mostró una gran apertura y formación en derechos sexuales y reproductivos, tiene una visión del aborto más apegada a la pro-elección.

Considero que la mujer es dueña de sus decisiones y que detrás de la decisión que lleva hay muchos factores que previamente ella pensó y analizó; y entonces, no considero que un profesional de la salud sea quien deba juzgar esa decisión, estoy a favor de que la mujer decida cuántos y cuál es el momento indicado de tener a sus hijos, porque la paternidad, considero que es un acto que debería ser un acto de trascendencia humano, cuando tú te sientas preparado aunque no estés totalmente listo, por lo menos y mentalmente estés preparado para la procreación (Entrevista a Pedro, 2017).

La coordinadora de la SSyR habla de la ILE como un derecho de la mujer e incluye en su discurso la posibilidad de que el método anticonceptivo hubiese fallado. Habla de la ILE como una decisión y como un derecho que se tiene que cumplir.

Una elección de toda mujer, es un derecho, está en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, en los derechos humanos, el que tome su libre decisión. Esto nos ha permitido que se disminuyan las muertes maternas, que las mujeres tengan mejor atención, que se les oriente de forma adecuada, porque muchas veces ellas salen embarazadas no porque quiere, porque a lo mejor les falló el método o con todo y método salieron embarazadas, no, o no se les dio la información y se los quitan, y para mí es un derecho de las mujeres simplemente (Entrevista a la Coordinadora del Servicio de SSyR, María, 2017).

En el caso de la trabajadora social, ella nos contó a lo largo de la entrevista que para ella fue muy difícil el poder trabajar en la clínica, en primer lugar, no estaba de acuerdo con la interrupción y en segundo, en su casa o sus amigos que sabían dónde trabajaba, la cuestionaban acerca de su trabajo, incluso, le preguntaban si no tenía miedo de Dios o de estar cometiendo un pecado.

Pues he de confesarte que, al principio también a mí me surgió y fue muy difícil para mí aceptar el tema, empezando porque yo era una mujer dedicada 100% a su casa, no sabía yo a pesar de la edad que tengo y a pesar de que ya tengo mis hijos adultos yo no sabía que existía ya ésta, en primera la ley para interrumpir el embarazo, luego lugares a donde podía acudir a esto. El día que fui contratada pues me dijeron nada más ¿ha manejado o ha estado en contacto directo con adolescentes? Pues mis hijos acababan o estaban pasando por esa etapa, y decidí yo venir a eso, pero cuando ví qué era la interrupción legal del embarazo, no cómo que no asimile como que no pero pues ya con el paso del tiempo pues me puse a investigar, me capacitaron, me gustó, me gustó el tema, al principio no lo aceptaba pero ya con el tiempo me di cuenta que sí es está mi labor(...) Pues es una decisión muy atinada, si esa paciente que viene por el simple hecho de qué nos dice “no me siento preparada para llevar un embarazo” pues así lo creo honesto lo creo a buen tiempo que acuda, mientras acudan dentro del número de semanas que llegan pues para mí es una buena decisión ¿sí?, porque ya lo largo del tiempo que tengo para qué traes al mundo a una persona que la vas a descuidar andar en la calle un pequeñito que ni le vas a poner atención porque se la vas a enjaretar a tu papá, a tu mamá etcétera y pues se me hace una decisión muy responsable (Entrevista a Adriana, 2018).

La misma trabajadora social, menciona que fue cambiando su manera de pensar a través del tiempo y con la cotidianidad de su trabajo. Ahora, se muestra muy

empática con las mujeres que asisten a la clínica y considera que fue una buena iniciativa de ley la interrupción.

Fue una ley que se hizo de manera atinada. Morían muchas chicas simplemente morían muchas chicas porque acudían a lo clandestino, hasta a los brujos y esas chicas les inyectaban, les metían, la exponían cantidad de cosas ¿verdad? Y pues muchas chicas en un afán de no tener ese bebé o porque surge de una violación muchas veces aparte de cargar con ese embarazo pues era un trauma para ellas también y querían mantenerlo, la mayoría, quiere mantenerlo, así como de manera anónima ¿verdad? que ni se entere ni tu familia muchas veces, y el estado emocional en que esas chicas vienen no les da para más que pues acudir a un aborto ¿verdad? a un aborto, a los abortos clandestinos, a eso me refiero. Pues claro la despenalización, abre este tipo de, yo lo veo una decisión bien tomada y un derecho, un derecho que tienen todas las chicas. Yo hago mucho hincapié en eso en que las chicas a su derecho y cuando menciono eso híjoles el estado de ánimo y la angustia baja, saber que hay lugares que te apoyen, saber que hay lugares seguros a los que va a acudir y no vas a tener problema, hay riesgos como en todo, ¿verdad?(...) Pues hasta el momento yo lo veo bien por qué no, porque sí hay muchas chicas que vienen de provincia de otros estados de la república en donde no tienen acceso ni a un hospital, ni a un centro de salud cercano, ni mucho menos a este tipo de lugares. Tan sólo a mí en lo personal si me gustaría que ya fuera a nivel República Mexicana, que estuviera autorizado hacer un aborto, practicarlo porque muchas chicas siguen muriendo, que no se tengan número de registrados es otra cosa, pero muchas chicas que no acudieron oportunamente pues tienen que seguir con su embarazo ¿verdad? Bueno a mí en lo personal sí me gustaría que si se hiciera legal en toda la república (Entrevista a Adriana, 2018).

El Dr. Castillo habla del factor social de la interrupción y de la estigmatización que le ha tocado ver conforme a su práctica.

Lo importante ahora es que se sienten más apoyadas desde el punto de vista social y médico para tomar una decisión como esta, porque antes, lo que uno decidiera, todo mundo era criticada, era satanizada, estaba prácticamente, agredida, inclusive; entonces no es fácil para una mujer tomar una decisión como esta, ya que tiene una repercusión seria en su situación emocional (Entrevista al Dr. Castillo, 2017).

En cuanto al papel de la decisión de la mujer sobre interrumpir o no su embarazo, ellos nos comentan que las mujeres tienen el derecho a decidir en qué momento ser madres, a evaluar su situación particular antes de tomar una decisión y que a nadie más le corresponde el opinar sobre su decisión. Además, a ellos como servidores públicos, deben ser quienes hagan respetar su decisión, siempre y cuando esté dentro de los límites establecidos para su atención.

Lo importante ahora es que se sienten más apoyadas desde el punto de vista social y médico para tomar una decisión como esta, porque antes, lo que uno decidiera, todo mundo era criticada, era satanizada, estaba prácticamente, agredida, inclusive; entonces no es fácil para una mujer tomar una decisión como esta, ya que tiene una repercusión seria en su situación emocional (Entrevista al Dr. Castillo, 2017).

Considero que la mujer es dueña de sus decisiones y que detrás de la decisión que lleva hay muchos factores que previamente ella pensó y analizó; y entonces, no considero que un profesional de la salud sea quien deba juzgar esa decisión, estoy a favor de que la mujer decida cuántos y cuál es el momento indicado de tener a sus hijos, porque la paternidad,

considero que es un acto que debería ser un acto de trascendencia humano, cuando tú te sientas preparado aunque no estés totalmente listo, por lo menos y mentalmente estés preparado para la procreación (Entrevista a enfermero Emmanuel, 2017).

Una elección de toda mujer, es un derecho, está en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos, en los derechos humanos, el que tome su libre decisión. Esto nos ha permitido que se disminuyan las muertes maternas, que las mujeres tengan mejor atención, que se les oriente de forma adecuada, porque muchas veces ellas salen embarazadas no porque quiere, porque a lo mejor les falló el método o con todo y método salieron embarazadas, no, o no se les dio la información y se los quitan, y para mí es un derecho de las mujeres simplemente (Entrevista a la Coordinadora del Servicio de SSyR, María, 2017).

Específicamente sobre el proceso de interrupción legal del embarazo, el equipo de prestadores de servicio se va formando una idea de la atención que brindan y la utilidad del servicio, tanto para las mujeres como para el país y su impacto en la salud pública.

La población ya acepta entiende que este es un proceso al cual tiene derecho y acude libremente sin miedo sin el qué dirán [...] el que la mujer tenga la opción de una interrupción temprana de una interrupción segura de personal capacitado en áreas físicas con infraestructura acorde al evento que vamos a atender definitivamente creo que es un paso muy adelante en la calidad de vida de muchas mujeres (Entrevista al Dr. Emilio, 2017).

7.3 Actividades que realizan los prestadores del servicio: Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y administrativas

Los prestadores del servicio nos comparten acerca de los roles que juegan dentro del protocolo de atención para la ILE. Cada uno tiene que ir avanzando en sus actividades para que vayan transitando poco a poco las usuarias a través de esta atención. Un médico menciona la importancia de que cada uno contribuya en su rol, incluso menciona que el protocolo está planteado a manera de “efecto domino”, en la medida que todos cumplas con sus actividades en tiempo y forma, las usuarias van avanzando en su trayectoria protocolaria de atención.

Sí es muy muy pesado. Lo que pasa es que aquí es como te das cuenta el procedimiento es tengo que avanzar yo para que avancen los demás, entonces si yo me atraso los demás se atrasan, entonces vamos rolando la información y si acabo yo, los demás ocupan la misma información por eso (Entrevista a Ana, 2018).

Me entrevisto con las pacientes, platico con ellas en relación a su estado, les proporciono la información y los medicamentos que van a tomar para hacerlo ¿sí? También hago intervenciones quirúrgicas, de aspiración, ultrasonidos etcétera (Entrevista a Dr. Vázquez, 2018).

Pues es una carpeta de concentrado de consejerías, en el que anotamos nombre, edad, número de hijos, religión, estado civil, nivel educativo, ocupación, qué tipo de consejería le dimos, a qué procedimiento pasó, su método inicial que esa chica traía, método final el que sugiere ella que le otorguemos, su procedencia, sus semanas de gestación, es una información muy importante porque, ah, su número de expediente y la fecha en que vino es una información porque nosotros aparte damos un informe sobre el número de atenciones mensual sobre su edad sobre los aspectos que ya te comenté y pues para nosotros este es el documento más importante que nosotros hacemos. Hacemos cédulas de gratuidad, estamos capacitadas para realizar una cédula, estamos capacitadas para hacer una referencia de la paciente a algún otro hospital o lugar. Estamos capacitadas para hacer una nota en su expediente de atención a la paciente. Estamos capacitadas para ofertar un método anticonceptivo a través de las pláticas que damos y de canalizar también a las pacientes a diferentes servicios de centros de salud u hospitales de la atención que la paciente requiera (Entrevista a Adriana, 2018).

Nada más así de rápido. Nosotras también atendemos familiares de las pacientes familiares a los que les informamos cómo va a ser el procedimiento que pasan las pacientes, tiempos de atención y una atención e informes constantes durante el procedimiento de aspiración, sobre todo, a las chicas de medicamento no porque ellos se quedan del otro lado, pero si atendemos familiares de las pacientes. Y también damos la consejería de vasectomía, últimamente ya no la estamos proporcionando, hay dos médicos que se los pasamos a ellos, pero anteriormente también eso abarcábamos, una consejería de vasectomía (Entrevista a Adriana, 2018).

Dentro de estas actividades, un médico participante de la investigación nos cuenta que se encuentra dentro de la clínica de salud reproductiva pero que también cumple con las funciones de capacitación. Al ser el Centro de Salud TIII México España el espacio donde se encuentra la coordinación del programa de ILE, se convierte en una clínica que proporciona capacitación a prestadores del servicio nacionales como extranjeros que atienden a mujeres en situaciones de de aborto tanto en contextos despenalizados como clandestinos.

Bueno hay un convenio de trabajo un convenio de colaboración entre la Secretaría de Salud y la organización a la cual pertenezco Ipas, en este convenio de colaboración eee Ipas tiene la expertis, tiene los recursos para capacitar al personal de las instituciones en particular a esta, para atender a las mujeres que solicitan la interrupción con calidad, con oportunidad y con las técnicas más modernas y con el menor riesgo para la paciente. Esa es mi, sería mi función dentro de esto, hemos participado capacitando prácticamente a todos los médicos del mundo, quizá uno o dos no pero prácticamente todos los médicos que están atendiendo interrupción del embarazo dentro de la secretaria de salud, pues me ha tocado el privilegio de capacitarlos ha habido otros grupos dentro de la sociedad médica que no pertenecen a la institución pero sin embargo Ipas hace cursos abiertos y hemos capacitado a una buena cantidad de médicos que no trabajan en la secretaria de salud (Entrevista a Emilio, 2018).

Dentro de las actividades, también se puede vincular el procedimiento por el cual se atenderá a la mujer. Este procedimiento será definido por el personal médico a través del ultrasonido, en uno de los filtros que las mujeres tienen para continuar con su proceso dentro de la clínica.

El grupo de población al cual estamos dedicados un poquito es a las interrupciones quirúrgicas la interrupción farmacológica no es tan compleja ni requiere tanta habilidad como una capacitación con una interrupción de aspiración básicamente con la técnica de AMEU que es de bajo costo se considera como cirugía ambulatoria pero que tiene sus requisitos tanto para el medico como para la paciente la secretaria nos ha permitido el campo clínico y básicamente mujer que llega al servicio solicita interrupción se valora la edad gestacional y de acuerdo a los protocolos de la secretaria las mujeres que llegan a diez semanas de gestación y hasta las doce que es donde nos acota la ley nuestra participación estas son candidatas a una interrupción quirúrgica es decir una aspiración y en ocasiones hay mujeres, pacientes con menor edad gestacional pero que dentro del programa, no son, no viven dentro del distrito federal o no viven dentro de los límites del estado de México y son el grupo que denominamos foráneas que pertenecen a cualquiera de los demás estados y aunque tengan una edad gestacional menor de diez semanas también dentro de los protocolos se contempla que sean candidatas a interrupción por aspiración para que su situación se vaya resuelta se vayan resueltas y no tengan problemas con un procedimiento farmacológico en sus sitios de origen (Entrevista a Emilio, 2018).

El programa es de interrupción legal del embarazo, toda aquella paciente que no desea el embarazo y que pues este tiene algo no deseado aquí le ayudamos. De la edad gestacional, la edad gestacional es la que indica cuál es el tratamiento que se le debe de dar, para medicamentos es hasta la semana 10 con cinco días y de ahí en adelante hasta la semana 12 es aspiración (Entrevista a Vázquez, 2018).

7.4 Percepciones acerca de la atención que se brinda en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo

Los participantes en la investigación que conforman el grupo de profesionales encargados de la atención que se brinda a las mujeres, en la cotidianidad e interacción dentro del servicio y en relación con las mujeres, tienen una serie de ideas en torno a la atención que se brinda en la clínica de reproducción Marta Lamas. En su mayoría manifiestan que las mujeres son bien atendidas, que el servicio brindado por ellos es bueno, tanto la atención como los recursos con los que cuentan son los suficientes y que llevan a las mujeres a sentirse bien atendidas y respetadas en cuanto a su derecho a decidir.

En esta categoría también se encuentran los testimonios de los participantes que están relacionadas con las características de la atención que ellos brindan y los beneficios que ellos consideran se tiene en el servicio. Hablan acerca de los servicios que están incluidos en la atención a la salud sexual.

La atención integral que se da en este servicio es desde sus cuidados posteriores, su salud, que cuiden su salud sexual, reproductiva haciéndose un Papanicolaou, explorando a sus senos para evitar cáncer de mamá cáncer cervicouterino, se les envía, muchas veces, se les canaliza a otros servicios como CAPA que es centro de atención en adicciones, a chicas que sufren de violencia de maltrato se les canaliza a las instituciones que ella soliciten, a chicas

que salen con un trauma por así decirlo y solicitan la atención psicológica se les canaliza también, una ayuda psicológica es, no psicológica sino integral pues es definitivo abarcar todos los aspectos físicos, no nada más de lo de la interrupción sino personales, emocionales que trae la chica y que pues a través de los servicios de nuestro centro de salud, pero si hay necesidad de mandarlas a otro centro de salud darles la información necesaria, que acudan contra la violencia a las mujeres las instituciones, manejamos de hecho un directorio donde ellas pueden solicitar a las chicas que pues que ya no regresan con nosotros que quieran irse atender a su centro de salud para la ayuda psicológica sobre todo que la decisión de interrumpir un embarazo pues les generó (Entrevista a Adriana, 2018)..

La mayoría de los prestadores del servicio hacen énfasis en la gratuidad, el respeto y acentúan que las mujeres pueden llevarse un anticonceptivo de larga duración que por fuera es muy costoso, de manera gratuita.

Los beneficios son esos el proporcionarte un aborto seguro, el proporcionarte un servicio con mucho respeto, que te lleves un método anticonceptivo gratis está muy bien está excelente, una atención sobre todo integral porque se les da el apoyo también para ir a tal o cual institución, porque se les brinda la ayuda psicológica, porque cuando hay vacunas, las vacunas se les hace el ofrecimiento, una mastografía a una chica que después de los 40 se lo quiere hacer se les canaliza, una prueba rápida de VIH, por ejemplo, se les ofrece, o sea la ayuda integral de realizar un Papanicolaou aquí o posterior, les brindan mucha atención en cuanto a eso y sobre todo se les promociona mucho los anticonceptivos, eso para mí es muy bueno la planificación familiar sobre todo (Entrevista a Adriana, 2018).

Hablan acerca de la visión integral en la atención que ofrecen, en el caso del médico, afirma que este programa permite salvar la vida de mujeres que en condiciones de restricción y clandestinidad podrían haber muerto.

El programa de ILE yo, en forma muy optimista nos ha permitido salvar la vida de muchas mujeres, en otra forma ellas hubieran buscado la interrupción en otros lugares bajo condiciones negativas y siguiéramos recibiendo mujeres, yo digo que no seguimos recibiendo mujeres complicadas, pero afortunadamente son las menos, ha bajado mucho el índice de complicaciones derivado de abortos hechos en forma insegura y en lugares clandestinos y que llegan a los hospitales entonces si una mujer tiene la oportunidad de interrumpir un embarazo con condiciones con personal y en áreas físicas preparadas definitivamente la mortalidad de esas y la morbilidad está prácticamente, no digo que desapareciendo siempre va a haber algunos elementos que por ahí aparezcan pero definitivamente creo que estamos trabajando para la calidad de vida de las mujeres (Entrevista a Emilio, 2018).

Mencionan que las usuarias quedan satisfechas con la atención, incluso les llevan regalitos cuando regresan a la cita de revisión y manifiestan estar muy agradecidas con el trato y atención que recibieron.

Sí hay chicas, son pocas, que nos dan hasta las gracias, o nos traen un regalito, un obsequio de que las tratamos bien, de que todo estuvo bien y hasta ahorita no ha habido problema de que alguna chica que diga –“es que a mí no me funcionó, es que me puse mala o es que esto” no realmente no (Entrevista a Ana, 2018).

Uno de los médicos menciona que las mujeres salen satisfechas del servicio porque reciben una atención integral y cálida. Comenta que él hace una detección del estado emocional de la mujer y la alienta para que se sienta mejor con la decisión que está tomando. Además, agrega que trata de quitar ese “recargo moral” que las mujeres tienen.

Mira, la paciente llega en un estado emocional muy afectado, de veras, están deprimidas, la toma de decisión no es nada fácil, se deciden a interrumpirlo y este, y a veces no captan bien las indicaciones porque están en un estado de estrés, entonces por eso es que hay que tratarlas, de sacar de ese estado, meterlas bien para que entiendan lo que es el programa, para eso trabajamos todos, trabajo social les da una plática previa en donde yo he escuchado las preguntas de ellas y me doy cuenta que pues si están angustiadas, entonces evitar eso, que tenga una buena información para que esto tenga éxito (...) nosotros no cobramos un peso y las atendemos lo mejor que podemos, creo que la gente se va satisfecha, satisfecha del trato, mis compañeras son muy cálidas, muy atentas, amables, y nosotros también, tienen una carga moral y no vamos nosotros a afectarla más, al contrario, las tratamos de sacar de esto pues para que no tengan este un recargo de conciencia o algo, les decimos, es algo que pasa en la vida reproductiva de todas las mujeres, en alguna ocasión tienen un aborto no provocado pero tienen un aborto así es de que no te preocupes esto pasa, “tú vas a seguir siendo fértil vas a seguir esta tu familia estas joven no te preocupes” eso es lo que nosotros hacemos (Entrevista a Vázquez, 2018).

Sí, y nos lo manifiestan a cada rato, primero en la primera cita ellos cuando vienen aquí piensan que hay agresión piensan que se les va a tratar mal, y la verdad es que todo el equipo es solidario con ellas, las atienden bien y se tranquilizan mucho y dicen que les gustó el trato, y en la revisión o sea ocho días después de que vienen aquí manifiestan pues su gratitud porque fueron bien atendidas y todo se resolvió adecuadamente (...) Aquí sí, aquí sí el trato es pues de comprensión de este de ayuda de solidaridad ¿sí? y todos los conocimientos que tiene trabajo social que tiene la licenciada, donde la atienden las enfermeras es para ayudarlas, entonces ellas se sienten cobijadas, se sienten arropadas, atendidas adecuadamente por eso es que yo siento que se sienten bien muy bien (Entrevista a Vázquez, 2018).

Pues yo en lo personal con las usuarias veo todo color de rosa, déjame decirte que la labor que hacemos nosotros, para mi gusto, siempre salva ese servicio de calidad, de empatía, parece que como que, el perfil de una trabajadora social que debe estar en ILE sí debe de estar bien estudiado y sí debe de estar bien como analizado (...) Sí son tan nobles, como toda mujer quisiéramos un trato digno, de respeto, de empatía como te digo, que nosotros en trabajo social siempre hemos encontrado. Es un trabajo que hacemos nosotros pues con mucho respeto, porque podrían ser mis hijas, podrían ser mis nietas las que están aquí o mi hermana, o mi vecina, etcétera, y el mismo trato debo darle a esa hija a esa nieta que a una vecina. Te digo el perfil del trabajador social aquí por lo menos en este servicio sí debe de ser muy empático, aquí no se vale por lo menos desde mi punto de vista no se vale tratar mal a una paciente, no se vale ni humillarla, ni exhibirla por esta decisión que toma, es mi punto de vista y sin embargo en el demás personal si llegó a haber ese trato indigno ese trato no tan empático ¿verdad?. (Entrevista a Adriana, 2018).

En la mayoría de los servidores se encuentra la noción de estar haciendo un buen trabajo, afirman que las mujeres se ven satisfechas con la atención, que a través de su calidez y empatía las mujeres pueden sentirse apoyadas.

Yo para mí es una satisfacción brindarles un servicio con mucho respeto, con mucho cariño ¿por qué no? Y con mucha empatía y con eso me siento más satisfecha porque tengo en respuesta miradas tranquilas, decisiones bien tomadas y la gran mayoría es un agradecimiento por esa información que les da por es apapacho, muchas veces dicen eres en exceso apapachadora, a lo mejor sí pero yo soy responsable de lo que brindó a esa paciente y sé que voy a tener una respuesta así agradecida, muy informada, una respuesta de una chica que se va bien informada, pienso lo más seguro que venga su revisión (Entrevista a Adriana, 2018).

Sí, nosotros en una hojita que trabajamos de consejería de trabajo social precisamente ellas hacen sus comentarios, y ahí aparece, la mayoría del día de hoy por ejemplo de quince pacientes que tenemos como unas trece comentan que muy buen servicio y dos te van a decir es que el policía me trató mal es que había un allá una camionetita allá abajo que nos dio mal la información etcétera. Pero en cuanto al servicio aquí la gran mayoría si se van con una atención de calidad una atención con mucho respeto y pues la mayoría pues sí agradecidas por la información que sobre todo se proporciona (Entrevista a Adriana, 2018).

Incluso comentan que, en las evaluaciones de las mujeres, éstas siempre opinan de manera favorable acerca del servicio. El médico sostiene que necesitan continuar capacitando se para que el servicio continúe con el estándar de calidad que han alcanzado.

Inicialmente teníamos en las unidades una libreta de opiniones y eee la mayoría de las veces casi el noventa, noventa y cinco por ciento todas las opiniones eran positivas elogiando al programa al personal a los elementos en los cuales este, rodea y se atiende su circunstancia, ¿qué podemos hacer?, mantener un personal capacitado adiestrado para que las mujeres sigan opinando favorablemente hacia el programa (Entrevista a Emilio, 2018).

7.5 Problemas que perciben los prestadores de servicio en torno del programa de ILE

Aunado al servicio, manifiestan como problemas que perciben del servicio o con los que han tenido que lidiar en su experiencia dentro de la clínica el que en ocasiones no cuentan con los insumos necesarios, puede ser cuando hay escasez de mifepristona o que se llegue a terminar alguno de los anticonceptivos de larga duración de los cuales ofertan. También hablan de problemas que llegan a tener en su interacción con las usuarias.

Las actitudes de las niñas, las actitudes de ellas, nosotros sabemos que traen problemas pero a veces llegan muy exigentes, que las tenemos que atender pero, a parte la clínica es pequeña no podemos meter a mucha gente y como que se molestan a parte del problema que ellas traen se molestan con nosotros porque no las podemos atender en ese momento, entonces se les da opción “te hago un ultrasonido te veo mañana o veinte mañana ya con tu documentación”, cualquier situación pero si a veces es la actitud de ellas (Entrevista a Ana, 2018).

Cuando se acaba la mifepristona la mandan traer de otros centros de salud, si es que hay, si en centros de salud ya no hay pues se tiene que cerrar el servicio, fijate que aquí no, nada

más dos veces se ha cerrado aquí, nada más se ha cerrado dos veces por falta de medicamento, cuando no hay método les damos la opción “pero hay esto esto y esto”, o después regresan a ponerse el método y se los ponen (Entrevista a Ana, 2018).

No, no falta gran cosa, no falta gran cosa, tenemos los medicamentos que es lo importante, este, somos un grupo multidisciplinario que actúa para proveerles de información y todo, quizás a veces, ser más resolutivos, el espacio que tenemos para que las pacientes que van a ser aspiradas es muy reducido, sería más grande para que no limitáramos el número de aspiraciones ¿verdad? que tuviéramos lo suficiente para entrar al quirófano y este, y realizar el procedimiento, pero pues estamos limitados en ese sentido, máximo a veces tres, cuando hay más demanda ¿no? tienen que esperar días para hacerlo (...) Pues como todo, el insumo, los medicamentos que se emplean, uno es muy caro y a veces llega a escasear y es el principal, el medicamento principal, de insumos, el medicamento que es la mifepristona que es la que se llega a escasear, es muy cara cada pastilla cuesta ochocientos y tantos pesos que es la que provoca, es el bloqueo de la progesterona para que pueda actuar el otro medicamento (Entrevista a Vázquez).

Sí sobre todo en tiempos. Lo que pasa es que yo he observado que en cada servicio almacenamos los expedientes y no, si vienen diez chicas el primer expediente pasarlo en seguida al servicio siguiente, ese mismo servicio pasar ese expediente, en el proceso en el que estamos dando información (...) En vez de que los junten, un primer expediente tendría que estar saliendo en una hora máximo, pero no, como están acumulando todos estos expedientes y no los entregan hasta que ya capturaste hasta que ya le hiciste la observación o la nota hasta el último, es como los pasan y yo digo que se están llevando más tiempo, retrasando más a las pacientes, las pacientes en ese inter ya están volteando hacia un lado hacia otro, desesperadas intranquilas y empiezan las reclamaciones “oye ya se tardaron mucho por qué no nos pasan”. Yo digo que si ese expediente se capturara por primera vez por recepción, si pasaran seguidito, enfermería lo capta en el principio, esa es una paciente a esa sola paciente vamos a tomarle los signos vitales y en lo que están haciendo una nota yo estoy hablando con ellas, en cuanto ya terminó yo a mi plática regularmente estamos dos trabajadoras sociales que una estuviera aquí captando esos expedientes le hace su nota correspondiente y sea chica ya cuando termina la plática pasa a los cinco minutos con el doctor y ya se puede ir, a las diez once, cuando mucho nos podríamos llevar dos horas. No lo he diseñado así como tal pero sí quiero hacer una propuesta por escrito ojalá pueda y el tiempo nos vamos a ahorrar mucho (Entrevista a Adriana, 2018).

El mayor problema es el personal, porque no siempre está el mismo, entrenas a un personal, capacitas, lo orientas, sabes, y de repente por situaciones administrativas de las unidades los cambian de lugar y tienes que empezar a capacitar a la gente entonces quizá eso sería de las poquitas cosas que actualmente eee tienen eso, es un punto débil del programa (Entrevista a Emilio, 2018).

Los principales problemas que llegan a detectar en el servicio están enfocados a la falta de insumos, como pudiera ser el medicamento, cuando llega a hacer falta, tienen que remitir a las mujeres a otro centro de ILE porque sin el medicamento no se puede llevar a cabo la atención. Otro problema adicional, menciona uno de los médicos es que el personal llega a rotar, afecta en el sentido de que ya se capacitó, se sensibilizó y cambia de servicio, ese sería uno de los problemas que pudieran tener en la clínica.

7.6 Colaboración de las Organizaciones de la Sociedad Civil

En los testimonios se ha encontrado que existen organizaciones de la sociedad civil que se encuentran relacionadas con las mujeres que llegan al servicio de ILE de la clínica Marta Lamas, existe una alianza informal con el servicio de trabajo social con el cual se colabora para poder apoyar a las mujeres. A este servicio se le otorgan jugos y toallas sanitarias para que sean entregados a las mujeres que viajan del interior de la república para llevar a cabo la interrupción. Lo que la mayoría de los prestadores de servicio reconocen es que es una asociación que ayuda a las mujeres donde la interrupción está penalizada, saben que les pagan el transporte, el hotel y les brindan acompañamiento a las mujeres que asisten a la clínica.

Hay sociedades civiles que apoyan este programa y que envía pacientes o las traen ellos, inclusive les dan facilidades a las pacientes de provincia para que este puedan venir inclusive subrogan los gastos de ellos cuando vienen de provincia de lugares muy lejanos pagan el avión y todo, para que ellas puedan interrumpir su embarazo (Entrevista a Vázquez, 2018).

7.7 Repetidoras

Se ha encontrado en los testimonios derivados de las entrevistas, así como en las observaciones en campo dentro de la clínica de reproducción “Marta Lamas”, que existen opiniones y actitudes respecto de las mujeres que acuden al servicio por segunda, tercera o cuarta ocasión, a lo que ellos como prestadores del servicio dentro del área de salud han nombrado como *repetidoras*.

Bueno de por sí la atención que les damos es bastante light porque las tratamos muy bien a pesar de que a lo mejor unas no estemos de acuerdo con esta situación, pero yo siento que para las que son de primera vez darles el servicio normal pero ya las repetidoras si hay que como concientizarlas o de plano ya cobrarles una cuota de recuperación más que nada para que ya no lo vuelvan a hacer porque hay chicas que a pesar de que se les regala el método no se lo llevan y no quiere cuidarse y regresan y regresan y regresan entonces también hay que hacerles conciencia de la situación que conlleva tomar tanto medicamento, es eso (Entrevista a Ana).

Yo de lo que pude observar es que sobre todo más con las mujeres que vienen dos veces, tres veces como que son un poquito más duros (...) Yo te puedo hablar por lo que yo, por el concepto que tengo yo de una chica repetidora, el concepto que tenga cada uno es decisión y elección de cada quien de cómo das ese dato, pero yo cuando tengo aquí sentada una chica subsecuente la invité, le hago hincapié “¿oye qué método te llevaste? ¿pudieras cambiar de método? Mira este ya no te funcionó”, -no es que me quedé nuevamente un DIU y me volvió a fallar-, no sabemos a nivel médico a nivel físicamente si esa chica es muy fértil si esa chica a pesar de que se llevó otro método anticonceptivo de larga duración le volvió a fallar, no sabemos cada caso es muy particular, pero aquí como que me las satanizan, las exhiben, las avergüenzan, aquí la labor es más que nada de invitarlas, invitarlas a usar los métodos de larga duración, a ver el motivo por el cual el motivo por el cual te volvió a fallar ese método, o por qué no viniste a tu revisión, son mucho a veces chicas que no vienen a su revisión, y pues

yo ya me siento bien, ya no regresan a esa última revisión y pues regularmente se van sin método anticonceptivo y son muy pocas eh pero sí tenemos gente repetidora. Así que definitivo no se quiere llevar ningún método y pues sin protección no usamos ni condón y son la mayoría de las que regresan porque no se llevaron un método anticonceptivo. Y en cuanto al trato pues te digo yo soy responsable de lo que yo puedo tener hacia esa chica pero responsable de los demás no, y antes sí me tomaba a título personal y sufría yo por el trato de fulano de tal el médico hacia las pacientes, ahora ya no, ya no me pesa eso ya no me lo tomo personal (Entrevista a Adriana, 2018).

“Las repetidoras”, fue una noción frecuentemente encontrada en los prestadores del servicio en sus diferentes roles, es como “estoy de acuerdo con que abortes pero sólo una vez”, manifiestan molestia cuando las mujeres regresan al servicio de ILE por una segunda interrupción o tercera, no les niegan el servicio pero son nombradas como repetidoras, como si estuvieran haciendo algo malo. Incluso se mencionó que estaban tratando de que en el sistema se pudiera indicar cuántas ILE’s llevaban las mujeres, es decir, que se tuviera un registro de todas las clínicas de ILE para que supieran si la mujer ya había estado en el servicio alguna vez. Esta visión denota una estigmatización de la mujer que interrumpe su embarazo en más de una ocasión.

7.8 Percepciones acerca de las mujeres que interrumpen su embarazo

A través de las entrevistas y los testimonios, emerge la idea que los prestadores del servicio construyen acerca de las mujeres a las que están atendiendo, esta idea de la mujer está relacionada con la decisión que toman y los factores a lo que ellos lo atribuyen, así como si fuera el caso de tener más allá de una interrupción. Dentro de este concepto de la mujer, quién es, cómo decide, los entrevistados contextualizan la situación de la mujer.

Yo creo que es de ella en el mayor porcentaje de los casos, la pareja en algunas ocasiones abiertamente rechaza o se ausenta del problema o no responde el problema, lo vivimos a cada rato, -no es que me dijo que nos íbamos a casar y todo- y pues se va, entonces ella es la que decide terminar con el embarazo, en las menores de edad el familiar, finalmente la madre que es el mayor porcentaje que viene con ellas es la que le habla le dice y todo y la trae aquí ¿sí? porque sabe que no puede cargar con un hijo cuando ellas lo que tienen hacer es prepararse, dejan la escuela dejan todo, y se acaba, entonces por eso es que ellas deciden por ellas y las traen y vienen aquí (Entrevista a Vázquez, 2018).

En una entrevista regularmente si se les cuestiona, la mayoría de chicas, pues vienen así con una decisión, vaya un procedimiento ya pensado ya decidido. La consejería nada más les ayuda a tomar, pues a confirmar esa decisión que traen, a lo mejor si tienen dudas en tal o cual procedimiento, cómo es, qué me va a ocasionar, pues ya se les informa a través de la consejería y ellas toman su decisión (...) Los motivos, pues la mayoría, si así se sienten de

manera voluntaria vienen porque no pueden continuar con el embarazo, están estudiando, que este embarazo atenta contra su salud, muchas de las chicas no se sienten preparadas para llevar a cabo el embarazo, y pues hay chicas que pone en apuros económicos esta decisión ¿verdad?, el embarazo en sí, o muchas otras que les falla su método anticonceptivo. Son muchas las decisiones pero la que más más es simplemente no me siento capaz para llevar a término un embarazo y se les brinda el apoyo (...) No yo creo que ya las chicas, hasta una menor de edad que vea bien plantada con esta decisión pues es una decisión muy valiente como les digo y una decisión pues admirable porque, cada vez somos más independientes las mujeres cada vez tomamos la rienda de nuestra vida de nuestro cuerpo y ya no dependemos tanto de -hijole qué va a decir mi esposo-, eso cuando era joven igual sí se pensaba porque, yo me acuerdo que salían a pedir un consentimiento a firmar un consentimiento el esposo de la paciente que estaba en un procedimiento de parto de una cesárea en fin, y el médico salía por la autorización del esposo, ahora no, la mujer ha tomado la rienda de esa vida de ese cuerpo y ella dice qué método quiero, qué procedimiento quiero, que estoy decidiendo por una interrupción, sí ya, no que no les importe, esa decisión pues ya es tomada como pues un derecho y están ejerciendo ese derecho (Entrevista a Adriana, 2018)

Muchas de ellas comparten eeeh con su pareja o con su familia la necesidad o la posibilidad de llevar una interrupción, y aquí depende de que núcleo de donde vengas, hay adolescentes que vienen eeeh con la idea o con la ilusión o con la mala información de que ser mama es lo máximo en la vida pero cuando se enfrentan a la realidad de su mundo este se enteran o se hacen conscientes de no era el momento ni la situación ni la circunstancia como para eeeh hacerse cargo de un recién nacido, hay otras que acuden, pero finalmente tiene mucho que ver la decisión de una mujer, a veces vienen un poco presionadas por la pareja o incluso vienen a pesar de que la pareja se oponga, dicen -sí mi esposo no quiere pero la que carga el embarazo y la que lava y atiende soy yo entonces mi decisión es esta, incluso este, con ellas nos entretenemos un poquito más en cual podría ser la decisión de su pareja si ella se entera que no, y entonces son mujeres muy empoderadas muy enteradas muy firmes en su decisión creo que por ese lado no tenemos muchas mucho problema, en ocasiones muy pocas hemos visto que vienen presionadas por el novio su pareja su acompañante y este o vienen con el acuerdo de ellas incluso ellos sus parejas son los que la llevan la traen, muy poquitas vienen este con, con temor la mayoría vienen a aceptar el procedimiento aceptar los elementos de los cuales alguien les entero alguien les informo y la mayoría de ellas vienen orientadas en cuanto a que esa decisión es la correcta para este momento de su vida entonces básicamente hay unas pocas que vienen hasta violentadas golpeadas por su pareja pero estas las atendemos y las canalizamos al área de violencia este sexual, para que si necesitan apoyo emocional etcétera continúen (Entrevista a Emilio, 2017).

En este punto, se habla de los motivos que consideran válidos para la interrupción, contextualizan la situación de la mujer, parece que a través de su praxis van tejiendo los elemento que pueden llevar a una mujer a una ILE.

7.9 Estigma

En esta categoría se está explorando el estigma que los prestadores del servicio perciben acerca del aborto, vivido por las mujeres que abortan y también por ellos como agentes que proveen el servicio de interrupción.

Sí a muchas de las chicas aquí mismo en el centro de salud me las etiquetan, me las tratan en algunas ocasiones pues como que la satanizan; y empezando por un policía empezando por gente que no está de acuerdo con este tipo de decisiones del programa pues me las trata

mal muchas veces a las pacientes, las tratan así muy pues muy impositores, muy, no son cuadrados, son irresponsables y falta de capacidad para tratar a una chica que viene con esa decisión tan fuerte, muchas veces pues las pacientes se quejan de eso de un policía que me las maltrata. Y pues desde ahí empieza el estigma la etiqueta de “uy cómo esas mujeres vienen a lo que vienen” y me las tratan despectivamente (Entrevista a Adriana, 2018).

Sí a mí en lo personal, sí me pasó con el grupo de amigas que tengo, me preguntaban muchas veces ¿en dónde estás trabajando? y sí hubo en una ocasión que una de ellas una compañera muy metida en la iglesia en la misma familia se presenta ¿verdad? En la misma familia hermanas que tengo, muy dedicadas a la iglesia y que no concuerdan para nada con este tema del aborto me dan imágenes, me dicen que pida mucho por esas almas y por mí, por mí misma, pero yo les digo que yo no soy la que decido, ¿sí?, son las chicas las que deciden sobre su cuerpo sobre sus decisiones sobre esa idea del aborto. Y pues para mí es una buena medida, o sea, lejos de toda religión es una medida que ha venido a ayudar mucho a las mujeres a disminuir los lugares inclusive clandestinos que están sacándoles el dinero a las chicas solamente (Entrevista a Adriana, 2018).

Este apartado está más referido al estigma que los prestadores del servicio vivieron cuando iniciaron su labor en la clínica, sobre todo, comentan que cuando recién se despenalizó el aborto eran señalados por estar trabajando en las clínicas de ILE, tanto por compañeros de trabajo como por sus familiares.

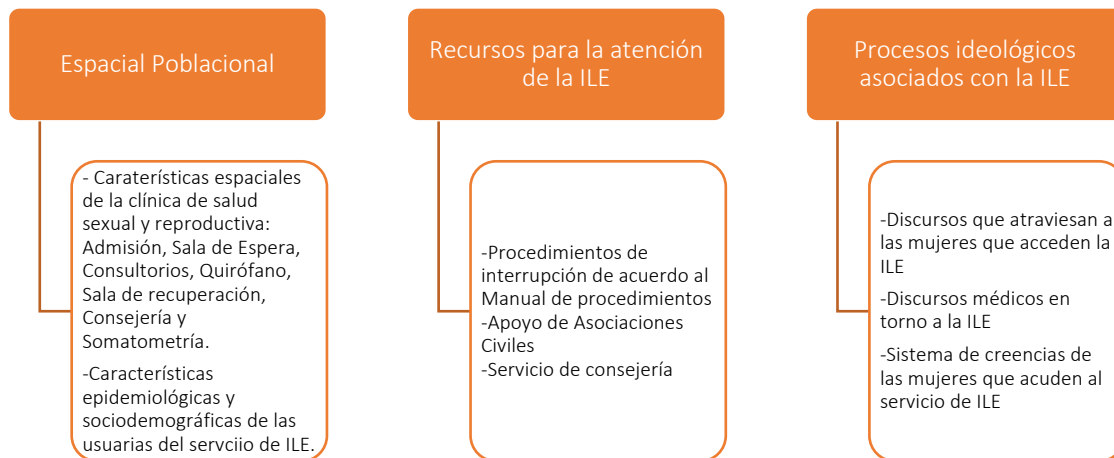
Capítulo 8

Análisis biocultural de la ILE

Enfoque biocultural aplicado en la antropología médica crítica puede integrar las disciplinas tanto sociales como biomédicas, se afirma que el ser humano no sólo es cultura, lenguaje o sistemas sociales, éstos son posibles a través de la biología humana, a través del extraordinario código genético y del cerebro humano. La llave para entender cómo los humanos mantienen y buscan la salud no sólo debe ser abordada desde enfoques sociales o culturales, es fundamental aproximarse al enfoque biocultural para ver la salud y la enfermedad como productos del comportamiento y la propia biología (Peña, 2012). La interacción de las variables bioculturales es operacionalizable para acercarnos a los problemas de salud-enfermedad y sexo-sexualidad.

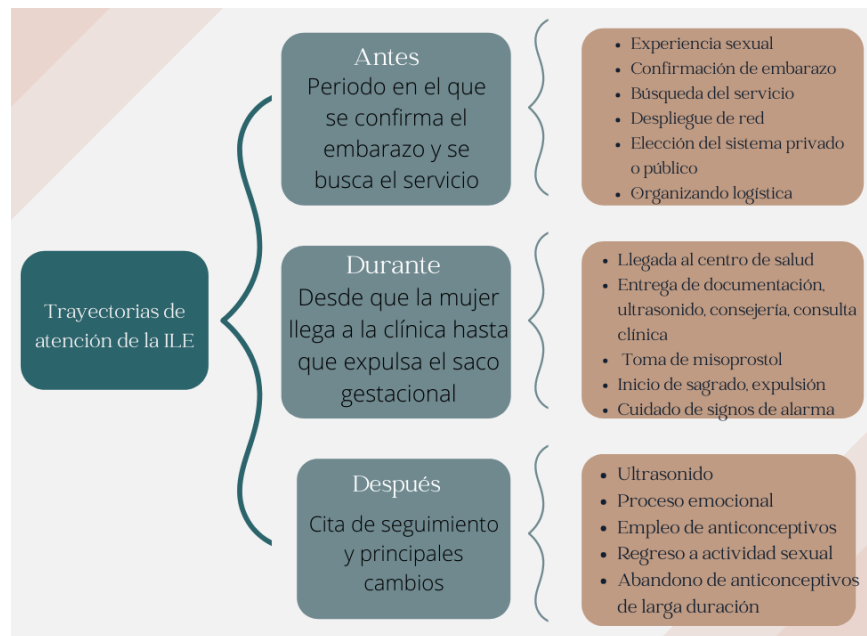
En el apartado anterior se describen los perfiles generales de las participantes y del personal de salud, que sirven de base para la realización del presente análisis, en relación con los componentes y codeterminantes previamente definidos que postulamos según el enfoque biocultural, por lo que, dicho análisis tiene como punto de partida:

Análisis biocultural de la experiencia de la ILE





Partiendo de las experiencias de los participantes, el plan de análisis consistió, en triangular los testimonios de las mujeres y de los prestadores del servicio de salud de la ILE, obtenidos por las entrevistas semiestructuradas, cruzadas con los datos obtenidos de los archivos y del trabajo etnográfico, buscando la relación entre los cinco componentes: 1) Recursos para la salud, 2) Productos materiales de la cultura, 3) Prácticas y representaciones, 4) Espacial y poblacional y 5) Biología humana; a través de la reconstrucción de las trayectorias de atención. Se propone dividir las trayectorias en tres momentos cruciales.



8.1. Espacio y características de las participantes

Rico, Andina y Bonet (2001), hablan sobre el choque cultural que se da entre las percepciones del proceso salud-enfermedad que tienen los pacientes, construido en su paradigma sociocultural y a través de la vivencia de la enfermedad misma; contra las percepciones de los profesionales, que han construido sus nociones a partir de un paradigma biosanitario y a través de la enfermedad científicamente observada.

Ya Crivos (1988), nos hablaba de la influencia de la estructura vertical de la organización del hospital en el paciente. Los pacientes se hallan sometidos a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente pasivo para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas. Como lo podemos ver en el constante flujo de actividades a las que van adecuándose las mujeres.

Dicho autor afirma que el control del tiempo y del espacio en el que se desarrollan las actividades del paciente es ejercido por todo el personal sin excepción y se expresa en el uso de formas imperativas, en el caso de nuestra investigación, en caso de no cumplir con los requisitos, no se puede ser atendida, cuando las mujeres deciden no adherirse al empleo de algún método anticonceptivo suelen ser cuestionadas, incluso, tienen manera de ejercer su poder sobre ellas y pueden relegarla a ser atendida al final, no se le niega el servicio, sin embargo, se le relega y cuestiona.

Se afirma que la historia clínica es el documento que media la relación médico paciente, además que celosamente guardada por los médicos. En la presente investigación, se notó que efectivamente guarda relación con el establecimiento de la relación médico-paciente, sin embargo, al ser compartida con las otras áreas que también intervienen, los médicos y el personal, suelen hacerle notas sobre la

primera hoja del expediente para destacar aquellos datos importantes que tengan que tener en cuenta todo el personal. Esta historia clínica va rotando por todos los servicios y siendo marcada cada que resalte algo que sea trascendente para la usuaria y los prestadores del servicio.

El espacio destinado a la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva, donde prioritariamente se atiende la ILE, es un espacio privado, separado por una puerta de cristal, se impide el acceso a personas que no necesiten estar dentro de este lugar creado dentro del centro de salud. Al cruzar la puerta ya no se está en contacto con el resto de los usuarios y se vuelve un espacio más íntimo donde convergen varias realidades, por un lado, los prestadores del servicio, quienes día a día cumplen con su función; y las mujeres que recurren a este lugar para buscar solución a aquello que tiene un límite de tiempo para poder resolverse.

El espacio es pequeño para la cantidad de servicios por los que tienen que atravesar las pacientes, aunque todo se encuentra dentro de este lugar, los espacios son pequeños, las mujeres deben permanecer, principalmente, en la sala de espera, deambulando por cada uno de los servicios, pero siempre regresando a al lugar que han tomado. Cabe destacar que a la sala de espera pasan numeradas, es decir, como fueron llegando y se fueron formando, y así conforme son atendidas, van llegando viniendo a su lugar, conservando su numeración.

La sala de espera también es el lugar donde las mujeres pueden conversar entre ellas, comienzan a contar sus historias, a aconsejarse, a preguntarse y opinar sobre cómo están siendo atendidas. En ese espacio, el único prestador de servicio que estará en contacto con ellas, son las trabajadoras sociales, quienes dan la plática en este lugar.

La consulta médica dura aproximadamente 15 min, en este cubren el interrogatorio que tiene que ver con los antecedentes ginecológicos y, frente al médico tienen que tomar la dosis de mifepristona, se menciona que es por precaución porque pudiera

ser que no sea para ellas el medicamento, para evitar ese tipo de situaciones, se implementó la toma de la pastilla frente al médico. Lo anterior confirma que en pleno siglo XXI, el ejercicio de la medicina sobre los cuerpos femeninos, sigue siendo desde la vigilancia sobre el mismo y sobre el ejercicio de derechos de la mujer sobre su propio cuerpo.

El espacio de quirófano está reservado para las mujeres a quienes se les va a interrumpir el embarazo a través del método AMEU, ellas acuden a clínica un día antes y al día siguiente se les cita para el procedimiento, en pocos casos, la intervención se lleva a cabo el mismo día. Para este procedimiento tienen que acudir con un acompañante. Para estos casos, se notó una mayor sensibilidad por parte del personal médico, podría ser porque el médico que atiende las AMEU es el que ha colaborado con IPAS y que ha trabajado mucho tiempo con temas de salud sexual y reproductiva.

Tanto el médico como el enfermero se mostraban muy cómodos con el tema, y mencionan hacer su labor con mucha pasión. Saben que el lugar se encuentran mujeres asustadas, más por la intervención que por la decisión que están tomando. En las observaciones, se pudo constatar el uso de la relajación por parte del personal de enfermería para que la mujer se sintiera más cómoda y presentara menos dolor durante el procedimiento.

Al acceder al aborto a través de la vía ILE, las mujeres están acudiendo al aparato médico que ha sido analizado llamado por la antropología médica crítica como Modelo Médico Hegemónico, el cuál plantea que los sujetos se deben apegar a las normas médicas para poder atender su salud, lo cual implica que pierdan un poco de su agencia al someterse a las imposiciones del orden médico. Efectivamente, se pudo constatar que las mujeres tienen que colocarse en la posición de pacientes y acatar cada uno de los pasos como lo acata el protocolo para cumplir con su objetivo.

En este componente también podemos analizar las características sociodemográficas de las usuarias que fueron entrevistadas. Las mujeres tenían al momento de la entrevista entre los 25 y 38 años de edad, todas tienen estudios superiores al bachillerato, incluso una mujer cuenta con posgrado. Tres de las participantes tienen hijos nacidos vivos y la mayoría de las mujeres son activas económicamente.

Lo anterior nos habla de los cambios relacionados con la actividad económica de las mujeres y su proyecto de vida, hoy cada vez es más frecuente que las mujeres elijan no tener hijos o postergar el ejercicio de su maternaje. Incluso al revisar los datos de las mujeres que no fueron entrevistadas, en su mayoría podemos ver mujeres que necesitan salir al campo laboral tanto por desarrollo económico como por desarrollo profesional. Las mujeres que acuden a la clínica, si bien, están activas económicamente, no son de sectores económicos muy favorecidos, para las participantes, fue importante que el servicio de la clínica contara con gratuidad, incluso, en caso de no ser así, se hubieran visto en un aprieto económico y es por ello que optaron por recurrir a una instancia pública.

8.2. Productos materiales para la atención de la ILE

Como productos materiales de cultura podemos considerar aquello que los sujetos emplean para la organización social, como son las leyes y decretos, que son hechos por las personas para que se lleven a cabo por el colectivo. Dichas leyes son también creadas e implementadas en el ámbito de la salud. Lo que sucedió con el aborto fue que se le quitó la pena o el castigo a quien lo llevara a cabo antes de las doce semanas de gestación. Además, se implementó un aparato médico que lo ejecuta para garantizar su acceso en la Ciudad de México.

Para dimensionar la envergadura de la despenalización del aborto acontecida en el año 2007, es fundamental considerar que los principales argumentos para su despenalización tuvieron relación con la Salud Sexual y Reproductiva de las

Mujeres Mexicanas, al pretender disminuir la muerte materna, se establece la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación solo en la Ciudad de México del Territorio Mexicano.

De tal manera, si pensamos históricamente, este cambio en la legislación de la Ciudad de México fue posible al asociar elementos en salud, índices internacionales, conferencias internacionales y una problemática de muerte materna asociada a los abortos practicados en condiciones inseguras, por lo que la despenalización pretende superar la brecha de desigualdad social al presentar índices de muerte materna en mujeres con condiciones económicas menos favorables.

La despenalización del aborto se sustenta en tres argumentos primordiales, el primero se relaciona con la constitución del sujeto femenino moderno y el derecho a ejercer el control sobre su cuerpo y fecundidad, como condición básica para incidir en la calidad y dirección de la propia vida; el segundo lo nombra como progresiva ciudadanía implícita en la evolución histórica, refiriéndose por una lado al creciente cúmulo de derechos específicos indivisiblemente integrados al paradigma de los Derechos Humanos y por el otro, a la consolidación de nuevos sujetos que emerjan colectivamente de coyunturas concretas, abanderando dichos derechos; por último, el tercer argumento remite a la justicia social, sustentando que existe el acceso diferencial a aborto ilegal según estrato socioeconómico, siendo las mujeres pobres de los sectores mayoritarios de México y América Latina las que abortan en condiciones insalubres y precarias, incrementando la posibilidad de complicaciones que arriesguen su salud y vida.

Por tanto, el acceso al aborto legal, seguro y gratuito contribuye a contrarrestar los grados de vulnerabilidad implícitos en la asimetría socioeconómica y se inscribe como avance en el campo de la justicia social (Maier, 2008:27 en Maier 2010:18).

Las sociedades generan sus áreas de fricción pero también las vías de desahogo de dicha tensión. El acceso al aborto representa el resultado de una lucha social para exigir “la decisión sobre el propio cuerpo”, lo anterior tiene que ver con la historicidad de los derechos sexuales y reproductivos, también vinculados al acceso de las mujeres al trabajo, con ello, el cambio en los proyectos de vida y por supuesto con la creación de los métodos anticonceptivos que han tenido un impacto positivo en la vivencia de la sexualidad femenina. De tal manera que lo que subyace socialmente a nivel material-cultural, son las tensiones para el aborto restrictivo y el aborto pro-choice, con todo el aparato tecnológico que requiere.

8.3. Recursos para la atención de la ILE

Para el *componente recursos para la salud*, se desagregó en tres elementos: 1) Procedimientos de interrupción de acuerdo al Manual de Procedimientos que opera en el Centro de Salud TIII México España, 2) Apoyo de Asociaciones Civiles y 3) Consejería. Estos elementos están constituidos por sus propias categorías. Para el caso de los procedimientos, se incluyen, interrupción con medicamentos e interrupción por Aspiración Manual Endouterina, en el caso del apoyo de asociaciones civiles, se considera como categoría, alimentación, transporte, hospedaje y acompañamiento; para el caso de la consejería, se estructuró como categoría la información acerca del procedimiento de ILE y la información acerca de los anticonceptivos; es importante señalar que cada una de estas categorías cuenta con subcategorías, las cuales pueden revisarse en el cuadro correspondiente.

1) Procedimientos de interrupción de acuerdo al Manual de Procedimientos: Dentro de la Gaceta Oficial Médica se estipulan 3 procedimientos para la atención del aborto en los programas de ILE: estos son 1) Aborto Medicamentoso, 2) AMEU y 3) AMEU con medicamentos.

Durante el trabajo de campo y las entrevistas, se pudo observar que las semanas de gestación y el lugar donde radica la usuaria de ILE son determinantes para que

se opte como método uno u otro. Dentro de las variables personales de cada usuaria son consideradas en muy pocos casos, la elección del método es por los elementos anteriores.

El efecto del aborto medicamentoso ha demostrado romper con el imaginario del aborto, en el cuál, la construcción de este suele ser con “mujeres desangrándose”, “fetos saliendo a pedazos”, sin embargo esta experiencia, a la cual los médicos le llaman la “fórmula de oro”, que es la mezcla de mifepristona con misoprostol, como ellos lo mencionan, se basa en que las mujeres lleven a cabo el procedimiento en sus casas, lo inician en la clínica, con la toma de la mifepristona y en casa continúan con el misoprostol. Se inicia el sangrado, el cual es constante, no tienen que rebasar el llenar dos toallas sanitarias en media hora porque eso ya sería in signo de alarma de qué algo no va bien. Las mujeres en algún momento pueden ver la salida del saco gestacional, que dependiendo de las semanas de gestación, puede ser hasta del tamaño de un limón.

Lo anterior, me parece relevante en la devolución del proceso a manos de la mujer, el conocimiento que tenga de sí misma, de sus ciclos, de su sangrado y cómo lo va viviendo a la hora de notar durante la expulsión aquello que va marchando bien, con aquello que no; los dolores, los olores, las náuseas, todo aquellos que los sujetos interpretan como “normal o anormal”. Es la vivencia de la mujer que está tomando una decisión, siendo respaldada por un aparato médico-legislativo, sin embargo, todo el saber corporal es de ella.

2) En lo referente a las asociaciones civiles, se pudo observar que la Asociación que está más presente es Fondo María, haciendo donaciones de desayunos, toallas sanitarias y en algunos casos costeando el hospedaje de las mujeres que viajan de otros estados a la Ciudad de México.

3) La consejería se da a manera de plática, en la sala de espera que está dentro de la clínica, inicia a las 9am, cuando las mujeres ya se han realizado el ultrasonido y

con quienes participaran en el procedimiento de ese día, aborda 3 grupos importantes de información: 1) Hacerles saber que es su derecho el poder interrumpir un embarazo no deseado hasta las doce semanas de gestación, en la Ciudad de México, 2) Hablar de anticoncepción, 3) Hacer una revisión de su salud sexual y reproductiva, las invitan a hacerse el Papanicolaou. A lo largo de esta plática, se va haciendo el llenado del expediente, por parte de las propias usuarias, esto lo correspondiente a los datos generales y antecedentes, así como les hacen colocar una leyenda al mismo.

En la consejería es de destacar que las mujeres en un inicio se muestran muy nerviosas, pero conforme se va dando la plática, comienzan a verse más cómodas dentro de la clínica, cuando se les hace saber que es su derecho, su semblante les cambia, pasan de verse tensas, nerviosas, asustadas, a verse más cómodas con su decisión y con su estancia en la clínica.

Notablemente les da mucho confort las palabras de las trabajadoras sociales, poco a poco continúa la plática y cuando se habla de anticoncepción, en este caso, sí parece que las trabajadoras sociales hacen un poco de presión por el empleo de métodos anticonceptivos de larga duración, las trabajadoras sociales lo ven como “su labor” el sensibilizar a las mujeres al uso de los mismos y las mujeres de repente sienten esa presión, hay quienes comentan que en efecto, esa parte de la consejería suele ser un poco incisiva pues en ese momento se les hace escribir y decidir el método anticonceptivo que elegirán tras el procedimiento.

En la parte de salud sexual y reproductiva, también se nota el esfuerzo por sensibilizar a las mujeres al cuidado de sí mismas y los seguimientos “de rutina” que deben llevar a cabo. Se les invita a buscar atención ginecológica para la detección oportuna de cáncer de mama y cáncer cervical, incluso se comenta que en ocasiones la propia clínica tiene este tipo de campañas y cuando llegan a existir, se abre esa opción a las mujeres.

8.4. Productos ideológicos sobre la atención de la ILE

El *componente prácticas y representaciones* incluye siguientes cinco los elementos:

1) Discursos que atraviesan a las mujeres en busca de una Interrupción Legal del Embarazo, 2) Discursos médicos en torno a la ILE, 3) Sistema de creencias de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, 4) Representaciones del cuerpo, género y salud sexual de las mujeres en busca de una ILE, y 5) Hábitos sexuales de las mujeres que interrumpieron una ILE.

- 1) Discursos que atraviesan a las mujeres en busca de una Interrupción Legal del Embarazo

Dada la complejidad de la sexualidad, al ser un proceso dinámico, diverso y construido en sus aspectos sociales, es nodal el empleo del enfoque biocultural, el cual permite retomar elementos de varios modelos teóricos como son la antropología sexual, la antropología médica, el construccionismo social, específicamente la construcción social de la realidad, haciéndolos converger con para profundizar en las trayectorias e itinerarios terapéuticos de las mujeres que interrumpen su embarazo (Peña, 2015).

La construcción social de lo femenino y lo masculino aparece como una categoría fundante del modo como los sujetos viven las experiencias sexuales. En casi todas las culturas existen normatividades diferenciadas para hombres y mujeres en cuanto a los comportamientos sexuales y valoraciones diferenciadas para los comportamientos considerados como femeninos o masculinos, asociados a las ideas de actividad y pasividad sexual (Szasz, 2004).

La salud sexual y reproductiva se centra en privilegiar la igualdad y equidad de género como un principio básico dominante, lo cual orienta los esfuerzos y acciones contundentes a empoderar a las mujeres y a convertirlas en sujetos activos involucrados en las decisiones que son centrales para su propia vida, y su familia, modificando así las condiciones de subordinación, aceptación y docilidad.

Esta integración, argumentan Lerner y Szasz (2001), conlleva la incorporación de los derechos humanos, específicamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Considerando así, el respeto a la libertad sexual y de procreación y de opciones libres de coerción; la libertad de interrumpir un embarazo y la disponibilidad de acceso a servicios profesionales y calificados para hacer efectivo el derecho a la maternidad libremente elegida, a la autodeterminación en el comportamiento reproductivo y a la realización de abortos permitidos de acuerdo con las atenuantes de responsabilidad permitidas por la ley.

El cuerpo de la mujer que está buscando la interrupción de un embarazo no deseado, se encuentra inmerso en un mar de significaciones sociales relacionadas con la reproductividad, la feminidad, la maternidad, incluso, lo podemos ver concretado en las construcciones de las Organizaciones Sociales, algunas pelearan por el ejercicio libre de la maternidad y la decisión de la mujer; por otro lado, otras asociaciones serán provida o en su discurso pelearán porque las mujeres no recurran a la ILE.

Lo anterior como un producto material de la cultura, donde el ejercicio concreto de su acción trae detrás discursos del deber ser de la mujer. Por lo anterior, las participantes entran en una disyuntiva que les genera un conflicto emocional en su proceso de toma de decisión.

Un ejemplo de los discursos que se cruzan el cuerpo, la decisión y la trayectoria de atención de las mujeres son las categorías de análisis que emergieron de las entrevistas que se realizaron, estas son: ILE, motivos, emociones, sexualidad, red social, cuerpo, ser mujer, maternidad, servicio de ILE, búsqueda del servicio, requisitos, consejería, trato médico y procedimiento.

2) Discursos médicos en torno a la ILE

La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad/atención/desatención. Dentro de esta medicina llamada científica, se generan relaciones entre actores que generan una serie de transacciones relativas o lo que a ambos les atañe, *un padecimiento*. A esto le llamaremos relación médico-paciente, dónde en el modelo médico hegemónico se da desde un uso y abuso del poder con serios malentendidos entre ambos (Laplantine, 1999).

La relación médico-paciente está cruzada por las formas de dominación hegemónica. El sistema hegemónico es una realidad histórica cuyos elementos constitutivos están ordenados en una vinculación particular, extendida especialmente en un territorio de límites definidos en los que coexisten una unidad lingüística, cultural y económica, cuyo factor de cohesión es el poder político, siendo así, la hegemonía el proceso de organización capaz de articular distintos niveles de la praxis, dirigiéndolos hacia una finalidad política (Menéndez, 2004).

Aunado a la relación médico-paciente, caracterizada por tensiones, desencuentros y abusos, es de destacar la medicalización del cuerpo femenino, que también deviene de una larga historia. Las mujeres han sido la cobaya de investigaciones, experimentos e interdictos sociales, culturales que hoy día siguen legitimando el constructo de lo femenino, muy vinculado a la maternidad, por lo que no es de extrañar que los prestadores del servicio vinculados con el área médica, posean un sistema de creencias que vincule a la mujer con la maternidad y su trabajo sea la preservación de la vida.

No es de extrañar que en la investigación aún podamos ver esos vestigios de pensamiento en los cuáles se le juzga a las mujeres por “lo que están haciendo” y eso, en dado momento, también sea percibido en la interacción por la mujer. En una

entrevista, comentaron que en su familia solían decirles que si no les daba miedo o pena lo que estaban haciendo, que era ayudar a las mujeres a abortar.

Menciona López (2007) que durante el siglo XIX el cuerpo femenino dejó de ser la evidencia del pecado para convertirse en lo patológico para la medicina. Además de las funciones fisiológicas, los comportamientos sociales, las relaciones familiares y la vida sexual de los individuos se ven atravesados por el discurso de la ciencia médica.

En la vivencia de la ILE, se vinculan como componentes bioculturales, la sexualidad femenina, la subjetividad femenina, el ejercicio del derecho, el acceso a los servicios de salud y las relaciones de diversos actores dentro de la sociedad. Analizar el significado que tienen la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción actualmente, así como la manera en que los individuos explican sus experiencias de estos temas, deja ver las determinaciones de orden estructural a las que están sujetos, así como los principales recursos del sentido común de que disponen (Castro, 2000).

Sin embargo, existe la otra parte, el discurso Pro-Choice que consiste en respetar la decisión de la mujer y apoyarla a hacer valer sus derechos sexuales, es decir, respetar su autonomía sexual y ayudarla a empoderarse al momento de decidir interrumpir su embarazo y llevarlo a cabo. Una vez expuestas estas dos formas que dominan el quehacer médico, es importante mencionar que las categorías de análisis emergidas de estos actores sociales (prestadores del servicio), son las siguientes: antecedentes de la despenalización, actividades dentro del protocolo, pensamientos acerca de la ILE, creencias acerca del programa de ILE, problemas que perciben, qué piensan de la Interrupción Voluntaria de la Gestación y de la mujer que lo lleva a cabo.

3) Sistema de creencias de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo
Los discursos sexualizantes de nuestra sociedad son un cúmulo de conocimientos, simbolizaciones, representaciones que generan un sentido y significado a la sexualidad, su ejercicio y práctica; son una herencia histórica y sociocultural que se va modificando conforme el contexto social cambia, donde las instituciones son las encargadas de reproducirlos, transmitirlos y hacerlos presentes en el colectivo y el individuo (Peña, 2015).

Dentro de la discusión que se ha planteado, el análisis de la salud sexual y reproductiva, así como la homogeneidad en el acceso a los servicios no es posible si lo relacionamos con los codeterminantes de salud, en algunos casos el acceso se ve frenado, además de la importancia de los procesos culturales donde la vivencia de la sexualidad es particular en cada individuo y se construye desde su conjunto social y contexto de interacción.

El sistema sexo-sexualidad, cruza el continuum satisfacción-insatisfacción y salud-enfermedad, permeando la expresión y vivencia de la sexualidad, de tal manera que desde la ubicación contextual de cada mujer, el acceso a los servicios que tenga, sus propias condiciones materiales de vida, su cultura y la educación a la que ha tenido acceso la vinculan con su propia experiencia sexual y reproductiva, así, el acceso a los anticonceptivos y la futura resolución de un embarazo no deseado se alimentan de su contexto local. Dentro del sistema sexo-género encontramos las discusiones acerca del cuerpo y el género que configuran este sistema.

La ILE, más allá de estar vinculada con una forma de pensamiento, nos habla de la concreción de muchas variables y codeterminantes sociales de un embarazo no deseado, donde, al quererse resolver, por supuesto que expresa un cúmulo de creencias que convergen a lo largo del proceso, desde la toma de decisión, hasta la resolución del mismo, incluso después de la interrupción existe una resignificación de la experiencia y en ella terminan de procesar los eventos concomitantes de la ILE que se practicaron.

Es un devenir en permanente construcción y reconstrucción relacionado con un los eventos reproductivos y eventos de la sexualidad humana. La trayectoria reproductiva, permite el registro de la reproducción como un proceso longitudinal en el que se asocian los eventos gestacionales con la edad (Elder, 1987 en Bringas, 2013).

Las creencias nuevamente pueden estar divididas entre las mujeres que luchan por los derechos sexuales de las mujeres, mujeres que saben que es su derecho y las mujeres que llegan con culpa o que mencionan que anteriormente lo juzgaban y ahora lo pueden repensar desde otro lugar al vivirlo desde su cuerpo.

4) Representaciones del cuerpo, género y salud sexual de las mujeres en busca de una ILE

Emplear la perspectiva biocultural para el análisis del *continuum* sexo-sexualidad, implica retomar al ser humano como especie para interpretar la función del sexo y la sexualidad, y su expresión entre especies de forma comparativa a nivel anatómico-funcional y comportamental, además de considerar al *Homo sapiens sapiens* proveniente de un proceso adaptativo-evolutivo que se manifiesta en su historia, expresando este continuum en particularidades individuales-ontogenéticas y grupales-históricas, como se revisó en todo el proceso de la construcción del género, por lo que este enfoque nos permitirá analizar los hechos que afectan al cuerpo sexuado de las personas cuyas consecuencias son mediadas por la sociedad y la cultura (Peña, 2003).

La antropología de la sexualidad parte de la evidencia biológica que es el cuerpo para relacionar biología/cultura al considerar como punto de arranque la biología, explicando el planteamiento social en torno al proceso de construcción del género desde el ámbito sociocultural. Se emplea el construccionismo social para sostener que la noción del cuerpo y la sexualidad, si bien tienen una base biológica innegable,

a partir de ella se construyen social y culturalmente nociones que crean un esquema general entendimiento, significación, representación y prácticas que sostienen un orden establecido dentro de una organización social. Así, las concepciones sobre el cuerpo y la sexualidad están íntimamente ligadas con los ámbitos social, económico, político, ideológico, legislativo y religioso (Peña y Hernández, 2011: 169).

Para este punto es fundamental hablar de cómo se está pensando el cuerpo en esta investigación, dado que es un cuerpo atravesado por discursos sociales, es un cuerpo experiencial que conecta elementos biológicos, sociodemográficos y culturales.

Un concepto muy trabajado por Kleinman fue la experiencia, principalmente, se enfocó en el padecer, sin embargo, para efectos de mi investigación, no estoy reconstruyendo un padecer, sino una trayectoria de atención dentro de una instancia hospitalaria de un proceso medicalizado que no necesariamente es una enfermedad y/o padecer. La experiencia es un flujo intersubjetivo. Si lo comprendemos de esta manera, podemos acercarnos a este autor y ver la necesidad que tenía de conectar lo cultural con lo personal.

La experiencia puede ser considerada como el medio intersubjetivo de las transacciones sociales en los mundos morales locales; resultan de categorías culturales y estructuras sociales. Dado que la experiencia media la relación entre el contexto y la persona, el significado y la psicobiología en la salud y la enfermedad, el resultado permite mirar como subyacen los elementos culturales en la experiencia humana (Kleinman y Kleinman 1991). Aunado a ello, el aporte de este auto se liga también al método etnográfico, pues además de construir los modelos explicativos e involucrar la experiencia, enfatiza el método etnográfico para al análisis de los proceso de salud-enfermedad, atención-desatención.

La lucha feminista, ahora conocida como “Marea Verde” que pone en el centro al lucha por el derecho a decidir está peleando porque la mujer mantenga su autonomía sexual en los estados que ya se ha despenalizado y que se despenalice en toda la república mexicana para eliminar las inequidades sociales, al menos en el tema de la atención a la salud de la mujer.

La vivencia del género, la fractura con la imposición social de la maternidad hace que las mujeres participantes tengan una posición sobre sí mismas y sobre la maternidad. En los testimonios podemos observar este cambio social en torno al anhelo materno, contrastado con el poco deseo de ejercer la maternidad o no incluirla en su proyecto de vida.

En el tema de la salud sexual, las mujeres en la mayoría de las entrevistas manifiestan no haber tenido una educación sexual, lo que les complicó el ejercicio de su sexualidad, mencionan que tuvieron que ir aprendiendo sobre la marcha, poco a poco y a través de amigas o amigos.

5) Hábitos sexuales de las mujeres que interrumpieron una ILE

Los hábitos sexuales de las mujeres se modifican desde el momento en que se enteran del embarazo no deseado, esta noticia les produce un malestar y una necesidad de querer resolverlo prontamente, por ello, su hábito sexual es modificado desde ese momento pues ahora estará al pendiente de su estado de salud.

Durante el procedimiento y hasta su resolución, incluso esperan un tiempo posterior a la ILE para reiniciar su vida sexual. Un cambio significativo es que comienzan con el uso de métodos anticonceptivos de larga duración para evitar volver a pasar por una experiencia de ILE.

8.5 El cuerpo en la ILE

Aguado (2004), nos dice que el cuerpo humano es un organismo vivo, construido por una estructura físico-simbólica, que es capaz de producir y reproducir significados. Este proceso de producción de sentido implica, una interacción continua del sujeto con otros cuerpos dentro de un tiempo y un espacio determinados. La corporeidad se construye socialmente (Le Breton, 1992). En el cuerpo no sólo se han hecho evidentes nexos sociales sino que desde él se han generado sujeciones colectivas en las que se entretajan interpretaciones del mundo y universos de sentido. El cuerpo es el lugar y tiempo en el que el mundo se hace inmerso en la singularidad de su historia personal, en un terreno social y cultural en el que se abreva la simbólica de su relación con los demás y con el mundo (Arboleda, 2009).

El cuerpo se transforma en sujeto y el sujeto en sociedad tiene una cualidad de agencia, es decir, como actor productor y reproductor de sentido (Arboleda, 2009), el sujeto incide en su contexto, como en este caso una mujer que se niega a llevar a término un embarazo pero que a la vez debe estar regulada por instituciones hegemónicas como el sistema médico y el legal, una trayectoria de atención enmarcada en las exigencias médico-legales.

El cuerpo es el que vive la salud, la enfermedad como un flujo constante de procesos macroestructurales que decantan en procesos de bienestar o malestar “la enfermedad es experimentada a través del cuerpo... el cuerpo no es simplemente un objeto físico o estado fisiológico sino una parte esencial del yo. El cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo y el cuerpo en tanto que objeto físico no puede ser diferenciado de los estados de conciencia (Good, 2003)”.

Otra autora que aborda, recupera y reconstruye las acepciones del cuerpo es Sheper-Hughes (1986), quien trabaja la experiencia del padecimiento como el

conjunto de procesos que producen y reproducen los sujetos con padecer a lo largo de su vida. Dicha experiencia es el modo en que los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos y sensaciones, estados de ánimo o emociones, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos y una serie de eventos derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean.

Esta autora junto con Margaret Lock, reinterpretan el concepto de cuerpo plantean el concepto de los tres cuerpos: 1) cuerpo individual, 2) cuerpo social y 3) cuerpo político. El cuerpo individual hace referencia al cuerpo físico, sensorial, experiencial, mientras que el cuerpo social nos habla de las metáforas que se producen en el cuerpo y por el cuerpo, mientras que el cuerpo político nos permite acercarnos a los *moldeamientos de los cuerpos*, en este aparece la cultura a nivel macro, la autorregulación el disciplinamiento del cuerpo (Sheper-Hughes y Lock, 1987), por ejemplo, la anticoncepción y la vivencia de la sexualidad obedecen a disciplinamientos del cuerpo.

Las decisiones reproductivas de las mujeres son objeto de un aparato de domesticamiento estructural, al cual obedecen las mujeres, quizá sin advertirlo, ello es la estructura social en la que se ha aprendido a desempeñarse desde un género. Szasz (1997) afirma que la posición de las mujeres en la división social del trabajo, la valoración diferenciada de lo femenino y lo masculino así como las normas para el control de la sexualidad y la procreación en distintas sociedades determinan la condición social de la mujer; por ende, en esta investigación se piensa que también influyen de manera importante en su decisión reproductiva.

En las trayectorias de atención de las mujeres que se practicaron una ILE, a través de los distintos momentos de dicha trayectoria, tienen una relación con el procedimiento y con su cuerpo, tanto por método medicamentoso como por AMEU.

Todo de lo que se ha hablado y expuesto en el presente trabajo de investigación sucede en el cuerpo de la mujer, es una decisión que se vive desde el cuerpo y podría decirse que la mujer pone el cuerpo en un tema tan socialmente construido que estos cambios desde el aborto clandestino hasta la ILE, son vividos en el cuerpo de las mujeres.

8.6 Propuestas y recomendaciones para mejorar el servicio de atención de la ILE en la Clínica de SSyR

Una de las características destacables del modelo biocultural y su aplicación en las instancias hospitalarias es que atreve a proponer una mejora del servicio. Por supuesto que a través del correr de la presente investigación, saltaban a la luz aquellos aspectos que contradecían “lo que se afirmaba del funcionamiento” y aquello que a toda luz se estaba omitiendo o ejecutando con consecuencias negativas para las mujeres.

La recomendación principal es cuidar que el personal que atiende la ILE se encuentre sensibilizado puesto que algunos de los entrevistados manifestaron en un principio no estar de acuerdo con la ILE y que conforme a su praxis fueron aceptando más el tema, sin embargo, es importante que los prestadores del servicio tengan dicha capacitación para que no lo vayan aprendiendo sobre la marcha puesto que situaciones de discriminación pueden tener un efecto en la percepción de la mujer y la ILE.

Considero que sería importante la participación de una figura dentro del protocolo que atienda el área psicológica, puesto que existen casos en los que se requiere la participación de este prestador del servicio, se mencionó que suelen enviarse con la psicóloga del Centro de Salud, sin embargo, las mujeres que acuden porque atraviesan un embarazo como resultado de una violación, necesitan un

acompañamiento diferente y no se cuenta con un espacio que permita atender de manera adecuada a mujeres en esta situación.

Es importante que las clínicas de ILE tengan adecuadas sus páginas web con los requisitos para que las mujeres no den doble vuelta, pues la mayoría de las mujeres van de lugares distanciados de la clínica o piden permiso en su trabajo o escuela para ellas, el ser rechazadas por falta de documentos es un tema problemático. En esta clínica el principal documento que suele faltarles es el tipo sanguíneo, que no lo pueden conseguir ese mismo día porque es un estudio y necesariamente, terminan regresando al siguiente día.

Sería de suma importancia que la clínica tome medidas acerca de los grupos provida que suelen estar afuera del Centro de Salud, si bien, se han puesto mantas para informar a las mujeres, o les hablan de ellas hasta la consejería, considero que la Secretaría de Salud podría intervenir para evitar que utilicen el espacio para engañar a las mujeres y disuadirlas del uso del servicio, pues atenta contra su libre decisión.

REFLEXIONES FINALES

La despenalización del aborto en la Ciudad de México abre un abanico de opciones para las mujeres que presentan un embarazo no deseado y tienen como opción la posibilidad de interrumpirlo antes de las doce semanas de gestación. Tema donde convergen posturas y experiencias, a veces dicotómicas en torno, por ejemplo, a la vida, al cuerpo, al derecho a decidir.

En 2007, la Ciudad de México se convirtió en el punto cumbre de toda la República Mexicana para poder acceder a una Interrupción Legal del Embarazo, mientras en algunos estado del interior de la república, los marcos legales se endurecían y las penas por abortos inducidos se incrementaban; las mujeres viajaban a la Ciudad de México para interrumpir embarazos no deseados y las mujeres que radicaban en la

gran urbe podían acceder de manera “legal, segura y gratuita” a este derecho. Sin embargo, las desigualdades no se hicieron esperar y se acentuaron con lo anteriormente narrado, por lo que se insistió en comenzar a abrir los marcos legales y hoy a la ILE se puede llevar a cabo en Guanajuato, Veracruz y Oaxaca.

Un apunte importante es que el gobierno de la Ciudad creó todo un aparato que diera respuesta a la ILE, es decir, se despenalizó y se legalizó la atención, es decir, el Estado creó los medios y operativizó las formas. Es decir, estableció clínicas en los Centros de Salud, las dotó de instrumental y capacitó a los profesionales de la salud para tal enmienda; tal como se ha podido constatar en las entrevistas realizadas para la presente investigación.

Aún con la existencia de las clínicas de ILE en la CDMX, el tema de la ILE sigue teniendo matices relacionados con el constructo social de la maternidad, así como desigualdades que se muestran al momento de analizar la información. Es así, que se puede construir un tema de estudio antropológico con la ILE, dado que nos permite ver diferentes actores sociales, abonando y participando de nociones construidas en su propio contexto de relación, llámese, profesión, seno familiar.

Plantear la ILE como tema de estudio conlleva a buscar las conexiones entre diversas variables y conceptos que le dan cuerpo; en primer lugar, es un tópico que emerge de cambios a nivel social, asociado a los abortos clandestinos ocurridos en todo el mundo y los cambios en las legislaciones a través del tiempo, dado que, abortar ha sido una práctica que las mujeres han llevado a cabo a través de los tiempos, legislado, no legislado, clandestino o seguro, son términos que se van ajustando de acuerdo a la época y situación en la que se encuentre.

Es un tema de salud, justicia social, derechos sexuales y reproductivos que transversalizan en la mujer que se encuentra ante un embarazo no deseado y a través de las prácticas de los cuidados de los procesos salud-enfermedad, atención-

desatención, que estén vigentes en su colectividad llevará a cabo, vinculada a las nociones y representaciones de sí misma y de quienes le brindan la atención.

Al momento de hacer la investigación, en México se encontraba vigente la ILE pero también, impulsado por grupos feministas, existe el aborto seguro, el cuál es una forma de aborto clandestino con las medidas de seguridad adecuadas para que no culmine en pérdida de la mujer (muerte materna), sin embargo, la forma que se eligió para la investigación fue la ILE por cruzar los elementos antes mencionados, donde converge la experiencia de la mujer en la búsqueda y resolución de su embarazo no deseado con los servicios de salud sexual y reproductiva.

Dado el impacto del tema, la novedad del mismo y la relación que como política pública relaciona lo social con lo individual, fue trascendente estudiar los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de las mujeres participantes. Abordar dicho tema desde el ámbito antropológico ha sido una ardua tarea, donde a través de sus posibilidades que nos brinda la disciplina, se optó por la aplicación del *modelo biocultural* para tejer los diversos componentes que aportan a la construcción del problema de investigación, desde un interés en el estudio de los procesos salud-enfermedad, atención-desatención.

Al problematizar el embarazo no deseado y la interrupción voluntaria de la gestación por medio de la interrupción legal del embarazo, empleé los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención para hilvanar los elementos integrativos de los andares de las mujeres que acuden a dichos servicios, para este caso, la Clínica de Salud Sexual y Reproductiva ubicada dentro del Centro de Salud TIII México España.

La presente investigación tuvo como objetivo general: *conocer, describir y analizar las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de 13 mujeres que fueron atendidas por el servicio de interrupción legal del embarazo de la clínica de salud sexual y reproductiva Marta Lamas del Centro de Salud TIII México-España.* También se exploró y analizó el significado de la Interrupción Voluntaria del

Embarazo, el derecho a decidir y la operación de los servicios por parte de 10 prestadores de servicio, entre ellos: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos.

Se empleó una metodología mixta que es la combinación de los métodos cuantitativos y cualitativos, Tashakkori y Teddlie (1998, en Uribe, 1999) reconocen que la triangulación de ambos métodos aporta mejores formas de explicación para problemas sociales al contrastar información sociocultural, económico laboral, salud y calidad de vida con otras esferas de la realidad a estudiar. Se puede afirmar que gracias a la aplicación del modelo biocultural, se pudo acceder al conocimiento de este fenómeno desde el campo del conocimiento de la antropología en salud, empleando el modelo médico crítico. Se cumplieron los cuatro objetivos generales.

Se analizaron las trayectorias de salud sexual y reproductiva y las trayectorias de atención al embarazo no deseado en algunas mujeres que accedieron a la ILE en Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México. En este sentido, se priorizó la reconstrucción de las trayectorias de atención y los itinerarios terapéuticos de 13 mujeres que acudieron a practicarse una ILE en la clínica ya mencionada, de las 13 mujeres, solo siete de ellas tenían una trayectoria reproductiva más amplia y por ende contrastante con la trayectoria de atención, lo anterior obedeció a las complicaciones que se pudo para que las mujeres participaran en la fase de entrevistas. Se afirma que la trayectoria reproductiva sí cruza con la trayectoria de atención y sobre todo, con la decisión de continuar con el embarazo o no, puesto que si actualmente no se tienen las condiciones ni el deseo de tener un hijo, las mujeres optarán por la ILE.

En cuanto al segundo objetivo, se obtuvo a través de los testimonios, las representaciones sobre la Interrupción Legal del Embarazo de las mujeres que accedieron a ésta. Se pudo observar que está cruzado con la representación de la maternidad y del derecho. La mayoría de las mujeres consideraban que estaban accediendo a un derecho, que a lo mejor anteriormente no lo hubieran considerado,

sin embargo, al ser una opción muy viable, fue su primera respuesta ante el embarazo no deseado. Este objetivo, nos permite el empezar a hablar de una ciudadanía sexual en la Ciudad de México y de una gobernanza reproductiva.

En lo referente al tercer objetivo, describir las modificaciones de salud sexual y reproductiva adoptadas tras el evento de ILE. En efecto, se habló de las adecuaciones a la salud sexual y reproductiva, hasta el momento de la entrevista, se pudo documentar en cambios que obedecen a la anticoncepción, las mujeres hicieron un cambio importante que es el empleo de métodos anticonceptivos de larga duración. Sin embargo, no se pudo saber más allá, acerca de la práctica sexual, cambio de pareja o mejorar la búsqueda de la pareja.

El cuarto objetivo, conocer las representaciones sobre la interrupción legal del embarazo, el derecho a decidir que tiene la mujer y los beneficios o no de la implementación del protocolo de ILE que tienen los ejecutores del programa en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México: Médicos, Trabajadoras Sociales y Enfermeras. Se cumplió a totalidad, se conoció más allá de lo esperado. Dicho Centro de Salud cuenta con una historia, en la que ha fungido como un pilar en la atención de la ILE, contando con personal que tienen antecedentes en la lucha de los derechos sexuales y reproductivos, por lo que la información en este objetivo fue basta y contundente para las reflexiones.

Además de los objetivos, es importante destacar que la constante revisión de las hipótesis fue nodal como guía de la investigación, de las tres hipótesis planteadas, solo podemos decir que la tercera no se sostiene fuertemente, se presentan a continuación:

1. El itinerario terapéutico y las trayectorias de atención están marcados por las opciones biomédicas que se desprenden de la despenalización del aborto en la CDMX. Las mujeres que acuden a los servicios de interrupción están limitadas a lo establecido por la ley y los servicios de salud en términos de

tiempo lo que hace que la búsqueda por resolver su embarazo no planeado ocurra en un corto lapso, no obstante existirá una gran movilidad de recursos sociales por parte de la mujer.

2. La Interrupción Legal del Embarazo es un procedimiento gestionado desde la biomedicina en el que las mujeres al experimentarlo generan significados en sus trayectorias de atención. Los significados estarán relacionados con su género, cuerpo y salud sexual y reproductiva. Específicamente la representación está vinculada con ser mujer, madre, agente de derecho, bienestar, proyecto de vida y vida.
3. En la mujer que se practica una interrupción voluntaria del embarazo vía protocolo de Interrupción Legal del Embarazo se producen una serie de cambios en su práctica sexual y reproductiva a nivel individual ligadas a procesos subjetivos de resignificación de la experiencia donde el proceso de interrupción es un proceso de alternancia por el que transita la mujer. Una interrupción de la gestación es de tal trascendencia en la vida de la mujer que genera cambios en sus prácticas sexuales y reproductivas, se piensa que la mujer principalmente adopta métodos anticonceptivos para evitar volver a vivir una interrupción si no desea embarazarse. Incluso puede adoptar prácticas más asertivas con su pareja para el cuidado de su fecundidad.

Habría que decir que la temporalidad de la entrevista no permite hacer la exploración a detalle de los cambios en el ejercicio y la práctica sexual. Si bien, se observó que las mujeres deciden optar por un método de anticoncepción de larga duración como lo es el DIU o el implante, algunas de las mujeres deciden extraer los métodos a corto plazo después de la interrupción pues empiezan a manifestar efectos secundarios por su uso.

El modelo biocultural nos aporta una integración de los elementos que convergen en la ILE como objeto de estudio antropológico. La ILE se compone de elementos macro, meso y micro. La presente investigación, prioritariamente relaciona los elementos meso y micro, sin embargo, lo que conforma el marco de opciones es lo

macroestructural, de manera que, si no existiera la reforma constitucional que hace posible la ILE, vinculada al derecho internacional y derechos sexuales y reproductivos (macro), no sería posible que en la Ciudad de México estuviéramos hablando y abordando académicamente el tema.

Así, desde lo meso, podemos hablar de las asociaciones e instancias de salud que hoy trabajan con mujeres que acceden a los servicios de ILE, por motivos muy diversos: 1) problemas económicos, 2) problemas de salud, 3) ya cuentan con el número de hijos que desean, 4) no consideran que sea el momento de ser madres, o 5) definitivamente no quieren ser madres. Donde existe una relación entre las leyes, las instancias médicas y las usuarias del servicio.

En lo micro, la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos y las trayectorias de atención de las pacientes nos permite acceder a la experiencia, a la resignificación, conocer las decisiones terapéuticas que van tomando las mujeres y la relación que van construyendo con los prestadores del servicio desde que se acercan a dicho centro de salud, así como las relaciones con su propio entorno, enmarcadas en su propia construcción de género y salud sexual y reproductiva.

Al cabo de la lectura de las trayectorias de atención, podemos ver como cada una de las interrupciones tiene su propio contexto y las decisiones reproductivas de las mujeres tienen un sentido y una dirección en cada uno de estos contextos. Elementos importantes atan las historias de cada una de las mujeres, donde la riqueza de cada experiencia nos permite comprender los movimientos y decisiones, no solo en el punto de la interrupción, sino del impacto que tiene en su trayectoria de salud sexual y reproductiva.

El manejo del cuerpo, las emociones, la decisión de interrumpir, por encima del deseo de una pareja que sí desea llevar a término el embarazo o las mujeres que no comunican a las parejas su decisión de interrumpir y hacen uso de su agencia corporal para modificar un evento que en otras circunstancias sería complicado de

resolver. Como pudimos darnos cuenta dentro de la reconstrucción de las trayectorias, las mujeres toman en cuenta varios elementos al momento de decidir si interrumpen su embarazo o no. Consideran su edad, su economía, su relación de pareja y lo más importante su deseo por la maternidad, si es que alguna vez o tuvieron o si en ese momento de su vida es pertinente. Nos hablan de la responsabilidad con la maternidad ¿le puedo dar una buena vida a alguien?, ¿estoy lista?, ¿Cómo estoy en mi relación de pareja? Es así que la propia historia de vida hace sentido con la decisión que toman, las relaciones que se van tejiendo a lo largo de la historia cobran sentido en ese punto crucial.

Pensar en un ejercicio de reflexividad en la presente investigación por supuesto que es innegable el llevarlo a cabo, dado que una de las disciplinas que tiene como principal herramienta metodológica es la antropología, en el caso particular de la antropología médica es menester reflexionar al respecto pues se trabaja con áreas tan vulnerables como lo son la salud-enfermedad y la atención-desatención. Más que una obligación, es un deber ético que tenemos los investigadores al llegar a trabajar al campo, es una labor permanente.

Para el caso de la investigación, diré que a través de las fases y las etapas de la presente investigación, las preguntas iban cambiando, las posiciones personales en torno al tema y sobre todo un gran respeto por las mujeres que se encontraban cada día asistiendo a la clínica para llevar a cabo su ILE. El tema de la ILE me interpela, es un tema que conozco y que en algún momento me colaboré como acompañante de aborto.

Dado lo anterior podría decir que en ocasiones mi pensamiento estaba muy vinculado a la forma en que operan las asociaciones pro-choice, sin embargo, traté de hacer un esfuerzo por mantenerme neutral y ver el campo con ojos nuevos para encontrar aquellos detalles que antes no hubiera visto o al revés darme la oportunidad que juicios que hubiera hecho, sobre todo en la práctica de los

prestadores del servicio, que en la investigación pudiera conocer los porqués de tal o cual decisión médica.

Considero que la voz de las mujeres que interrumpieron su embarazo y participaron en la investigación podría dar pauta a mejoras en el servicio y/o a mejoras en futuras investigaciones que nos abran a poder hacer renovadas interpretaciones desde otras aristas. Finalmente, la presente investigación abre preguntas acerca de la atención a nivel privado ¿cómo son las trayectorias de atención a nivel privado?, ¿qué pasa con los movimientos de aborto seguro en contextos clandestinos?, ¿cuál es el papel del acompañamiento en el aborto seguro y en la ILE?

REFERENCIAS

Aguado, C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. Facultad de Medicina/Instituto de Investigaciones de la UNAM, México.

Arboleda, R. (2009). *El cuerpo: las huellas del desplazamiento. El caso Macondo*. Medellín: Hombre Nuevo Editores, pp. 1-93.

Aguilar, T. (2008) El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis: Revue de Civilisation Contemporaine del Unisersité de Bretagne Occidentale, ISSN-e 1764-7193*, (8). Consultado el 20 de diciembre de 2017. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2870086>

Alarcón, A. y Vidal, A. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, 47 (6), México: Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 440-446.

Amuchástegui, A. y Rodríguez, Y. (2003). *La sexualidad ¿Invención histórica?*. Manual de entrenamiento de promotores, democracia y sexualidad. Recuperado en: <http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/L>.

Andión, Ximena y Ramos, Rebeca. (2013). *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*. México: GIRE Grupos de Información en Reproducción Elegida.

Azbell, N. (2014). *Duelo no resuelto por interrupción Legal del embarazo como precursor de nuevas interrupciones*. (Tesis). UNAM, México.

Bahena, A. (2013). *Interrupción Legal del Embarazo: Caracterización de las Solicitantes*. (Tesis de Especialidad en Ginecología). UNAM, México.

Barragán, A. (2011). *El Cuerpo Experiencial en el Proceso de Salud-Enfermedad-Atención*. En Barragán A. y González L. (Eds.) *La complejidad de la Antropología Física. Tomo II*. México, Investigación/PROA, pp.-491-517.

Barrera, O. (2009). *Motivos por los que acuden las mujeres a ILE en el Hospital General de Iztapalapa*. (Tesis Especialidad en Medicina Familiar). UNAM, México.

Bringas, A. 2013. Género, cuerpo y Reproducción: Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas. *Ponencia en La Plata, FAHCE-UNLP*. Recuperado de: [<http://jornadascinig.fahce.unlp.edu.ar/iii-2013/actas-2013/SanchezBringas.pdf>]

Bru, G. (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. No. 21 (8). Argentina. pp. 37-51.

Burín, M. y Meler, I. (2001). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.

Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B y Villalobos, A. (2013). Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, (149), pp 299-307.

Castañeda, M. (2003). *La interrupción voluntaria del embarazo, reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: Plaza y Valdéz. Pp 107-130.

Castro, R. (2000). La vida en la adversidad, el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. La vida en la adversidad. UNAM, CRIM, Cuernavaca, Morelos. Pp. 341-388.

De Castelbajac, M. (2010). El aborto legal: Los elementos socio-históricos para el estudio del aborto legal en Brasil. *Rev. Direito Sanit.* 10 (3). São Paulo.

De la Fuente, V. y Omaña, V. (2010). Evaluación de la aplicación del indicador trato digno en mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo. (Tesis de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia). UNAM, México.

Dickinson, F. y Murguía, R. (1982). Consideraciones en torno al objeto de estudio de la Antropología Física En *Estudios De Antropología Biológica*, 51-64. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ehman, E. y Shah, L. (2004). *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado de [www.who.int/reproductivehealth]

Emoke, J. y Ferrell, R. (1990). Glucosa Level, Acculturation and Glycosylated Hemoglobin. *Medical Anthopology Quarterly*. PP. 315-341

Erviti E., J. (2005). *Aborto y Redes Sociales en México*. Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Figuroa, A y Campbell, O. (2014). Determinantes Sociales de la Salud; su Relevancia en el Abordaje de los Problemas de Salud Mental Infantil. El Caso del TDAH. *Bol Clin Hosp Infant Son*, 31 (2); 66-76, México.

Figuroa, A, Aracena, B, Reyes, H y Lamadrid, H (2010). Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, *Salud Pública de México*, 54, Pp. 401-409.

Flores, C y Soto, V. (2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global*. Nueva York: Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Investigación.

Foucault, M. (1982). *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

GIRE, Grupo de Información en Reproducción Asistida. "Cifras ILE (febrero 2013)". GIRE (https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504&Itemid=1397&lang=es) [4 de abril de 2013].

Goetz, J. y M. D. Le Compte (1988). *Conceptualización del proceso de investigación: teoría y diseño en Etnografía y diseño cualitativo de la investigación educativa*.

Good Byron. 2003 (1994) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Editorial Bellaterra, Barcelona.

Gómez, Rodríguez K. y Agudelo, M., (2013). *Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México)*. Buenos Aires: CLACSO.

González de León, D.; Billings, D.y Ramírez, R. (2008). El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública de México*, 50 (3).

González de León, D.; Billings, D.y Ramírez, R. (2002). *El aborto en México*. México: IPAS.

González, C. (2014). Efectos Sociales de la Interrupción Legal del embarazo en las adolescentes de la Ciudad de México. (Tesina de Licenciatura en Sociología). UNAM, México.

Guillaume, A. y Lerner, S. El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. *La chronique*. Marzo. Núm. 55

Hamui, L. (2011) Las ventanas del padecer: una nueva ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18 (52), pp. 51-70, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Iriarte, I. (2005). Globalización y Equidad de Género en el Sector de la Salud.

Juárez, et al (2009). Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, pp. 4-14.

Kleinman, A. (1988). The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition.

Kleinman, A. (1974). Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad. *Ethnomedizin III*, 1/2.

Kleinman A. Kleinman J. 1991 Suffering and its professional transformation: toward a ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15 (1991) 275–301.

Lamas M. (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México. Ed. PUEG, UNAM/Porrúa.

Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley. La interrupción Legal del Embarazo en el DF. *Salud Pública*, 56, Pp, 56-62. México.

Lamas, M. (2000) Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México.

Lamas, M. (2017) La interrupción legal del embarazo. El caso de la Ciudad de México.

Lamas, M. (2014) Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública*, 56, Pp 56-62. México.

Lamas, M. (2009a) La despenalización del aborto en el Distrito Federal. Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales. México: UNAM. Colección debate y reflexión. Pp 29-31.

Landy, D. (1990). Toward a Biocultural Medical Anthropology. *Medical Anthropology quarterly*, 4 (3) 358-369

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (3), 191-205.

Laplantine, F. (1999). Discursos de médicos, discursos de enfermos: divergencias y convergencias. En *Antropología de la enfermedad*. Pp. 253-272. Buenos Aires, Ediciones del Sol

Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo, cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. España: Cátedra.

Le Breton, D. (1992). *La sociología del cuerpo. Nueva visión*, Argentina.

Lerner, S., Guilláume, A. y Melgar, L. (2016). Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos.

Lerner, S. y Szasz, I. (2001). La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias. *El cotidiano*, vol. 17 (107), mayo-junio, México, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.

Lineamientos Generales de organización y operación de los servicios de salud para la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal. Décimo Séptima Época, 04 de Mayo de 2007, No. 75. Recuperado de <http://www.mariestopes.org.mx/lineamientos.pdf>.

López, O. y López, E. (2012). *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. México: Balance.

López, O. (2007). *De la Costilla de Adán al Útero de Eva*. UNAM: México.

Luna, A. (2012). *La representación Social del Aborto en Estudiantes de Educación Media Superior en dos contextos sociales*. (Tesis de Licenciatura). UAM, México.

Maier E. y Meneses, A. (2011). Sexo y Cultura: Disputando el significado del matrimonio y la familia. *La ventana*, (53). México, Universidad de Guadalajara. Pp. 117-150.

Maier, E. (2010). El aborto y la disputa cultural contemporánea en México. *La aljiba, volumen XIV*, pp. 11-30, México. El Colegio de la Frontera Norte.

Martin, A. (2006). Antropología del género, culturas mitos y estereotipos sexuales. España: Cátedra. Pp. 32-70.

Mc Eloy, A. (1990), Biocultural Models in Studies of Human Health and Adaptation. Steps toward an Integrative Medical Anthropology, *Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 4, No. 3*, 243-265. 2003.

Mendoza, J. (2010). Procedimientos utilizados para la interrupción legal del embarazo y sus complicaciones inmediatas en el Hospital Milpa Alta. (Tesis de Especialidad en Medicina Familiar). UNAM, México.

Menéndez, E. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS. Casa Chata, México.

Menéndez, E. (2004). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. México: CIESAS, Pp. 33-69.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4 (7). Pp. 71-83.

Oliveira, O. y Ariza, M. Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa. *Revista Latinoamericana de Población* [en línea]. 2008, 1(2), 73-98 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827302004>

Osorio, R (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. INI-CIESAS-INAH, México, pp. 21-48.

Pacileo, (2005). Globalización y Tendencias Actuales de la salud Mundial. *Globalización y Salud*. Madrid: Salud Pública. Pp. 27-65.

Palomo, L. (2005). Fundamentos de la Globalización y de sus Efectos Sobre la Salud Globalización y Equidad de Género en el Sector de la Salud. *Globalización y Salud*. Madrid: Salud Pública. Pp. 41-66.

Paniagua, D. (2010). Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal: El impacto de una política pública en la vida de las mujeres. (Tesis de Licenciatura en Periodismo). UNAM, México.

Peña, E. (2014). La diversidad sexual alienada. En Peña E. y Hernández L. (Eds.), *Diversidad sexual y derechos humanos. Niños, niñas y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia. Pp. 123-145.

Peña E. y Hernández, L. (2015). *Entre Cuerpos y Placeres. Representaciones y prácticas sexuales en personas con discapacidad adquirida*. México: Universidad de Nuevo León.

Peña, E. (2009). El proceso biocultural salud enfermedad. *Diario de Campo No. 105*. Pp 26-46.

Peña, E. (2012). *Procesos bioculturales, alimentación-nutrición y salud-enfermedad. Santiago de Anaya*. México, Conaculta-INAH.

Peña, E. y Hernández (2011). El construccionismo social y la antropología de la sexualidad. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*. Primera época, volumen 1, número 3. Enero-diciembre 2011. Pp 155-171.

Peña, E. (2013). *Revista de Estudios de Antropología Sexual*. Primera época, volumen 1, número 4. Enero-diciembre 2013. Pp- 3-5.

Piña, M. (2014). Perfil epidemiológico de las pacientes que solicitan interrupción Legal del Embarazo en el hospital materno infantil Inguarán. (Tesis de Especialidad en Ginecología). UNAM, México.

Rivas, M. Amuchástegui, A. (1998) Voces e historias sobre el aborto. México: The PopulationCouncil/Edamex. En Cook, R. Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales. Bogotá: Profamilia, pp. 156-166.

Rodríguez, G. (2004). *El aborto*. México, UNAM: ¿Cómo ves?. Texto de divulgación científica.

Rubí, L. (2013). Aborto: Una cuestión de vida, una cuestión de salud. La encrucijada de una decisión y los debates consigo misma en la trayectoria de atención. (Tesis de Maestría en Antropología Física). ENAH, México.

Rubín, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, vol. VIII (30), noviembre, pp. 95-145. Asociación Nueva Antropología A.C. Distrito Federal, México.

Sánchez, B. (2003). El mundo simbólico. La maternidad: una ofrenda para el hombre. (Tesis de Doctorado), Instituto de Investigaciones Antropológicas, México.

Sánchez, L. (2012). Aportaciones psicológicas y psicoanalíticas al concepto de duelo. Manifestaciones en mujeres que deciden llevar a cabo el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo. (Tesis de Licenciatura en Psicología). UNAM, México.

Scheper-Hughes Nancy and Margaret M. Lock. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology *Medical Anthropology Quarterly* .New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41

Scott J. W. 2008. *Género e historia*. México: FCE/UACM.

Serret, E. y Méndez, J. (2011). Sexo, género y feminismo. Equidad de género y democracia. SCJN, TEPJF, México, pp. 23-39.

Serret, E. (2011). Hacia una redefinición de las identidades de género en Géneros. *Época* 2 (9) agosto. Pp. 71-95.

Silva, M. (2014). Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción voluntaria del embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Uruguay: Médicos del Mundo Francia.

Sosa, M. (2010). Características generales de pacientes que acuden a ILE en Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío. (Tesis de Especialidad en Ginecología y Obstetricia). UNAM: Facultad de Medicina, México.

Szasz, I. (1997). La pobreza desde la perspectiva de género: estado del conocimiento. En Alatorre, J., Careaga, G., Jusidman, C., Salles, V., Talamante C., y Townsend, J. México: COLMEX.

Szasz, I. (2004). *El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades*. En: CÁCERES, Carlos F.; FRASCA, Timothy; PECHENY, Mario; TERTO JUNIOR, Veriano (Orgs.). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. p. 65-75. Recuperado de [<http://www.bdigital.unal.edu.co/47321/1/9972790029.pdf>]

Torres, E. (2010). *Despenalización del Aborto en la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. UAM, México.

Uribe, M. Rodríguez K. y Agudelo, M. (2013). *Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México)*. Buenos Aires: CLACSO.

Vázquez F. y Moreno, A. (1997). *Sexo y razón. Una genealogía de la moral sexual en España (siglos XVI-XX)*. Madrid: Akal.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós/Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.

Documentos:

IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, consultada el 28 de Noviembre de 2014, disponible en: [<https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/f7033a004954259385edf5cc4f0b1cf5/La+Declaraci%C3%B3n+de+Bijing.pdf?MOD=AJPERES>]

Agenda 2030 en ONU Mujeres, consultada el 27 de Noviembre de 2015, disponible en [www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html]

ONU Mujeres, Salud Sexual y Reproductiva, consultada el 27 de Noviembre de 2015, disponible en: [<http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php#>] OMS:2015. *Determinantes de Salud*, consultada el 28 de Noviembre de 2015, disponible en [http://www.who.int/social_determinants/es/]

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD

Facultad de Medicina



Proyecto:

“Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención en un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud TIII- MÉXICO ESPAÑA”

ANEXO 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Los puntos que se van a considerar en la observación son los siguientes:

A) *Solicitud de procedimiento*

1. ¿Con quién llegan las mujeres?
2. ¿A qué hora llegan?
3. ¿Cuántas llegan por día en promedio?
4. ¿A dónde se dirigen?
5. ¿Están acompañadas?
6. ¿Quién las acompaña?

B) *Consejería*

1. ¿Qué la información que reciben?
2. ¿Qué temas toca?
3. ¿Quién les da esa información?
4. ¿Cómo es el papel de las mujeres?
5. ¿Tiene dudas?
6. ¿Preguntan?
7. ¿Qué tipo de preguntas hacen?

C) *Consentimiento informado*

1. ¿Qué dice el consentimiento?
2. ¿Quién se los entrega?
3. ¿Cuándo se los entrega?
4. ¿Cuándo se los entrega?
5. ¿Qué piensan de él las mujeres?

6. ¿Alguna no quisiera firmarlo?
7. ¿Qué tipo de preguntas hacen?
8. ¿Qué pasa en el caso de las mujeres menores de edad?

D) Historia clínica

1. ¿Quién llena la historia clínica?
2. ¿En qué momento?
3. ¿Cómo se relacionan las mujeres con este actor?
4. ¿Ellas cómo se muestran en la atención?

E) Pruebas de Laboratorio

1. ¿Quién hace las pruebas?
2. ¿Qué tipo de pruebas hacen y qué objetivo tienen?
3. ¿Qué momento se hacen las pruebas?
4. ¿Cómo se relaciona con las mujeres?

F) Ultrasonido

1. ¿Quién lleva a cabo el ultrasonido?
2. ¿Cómo entrega los resultados a las mujeres?
3. ¿Cómo reaccionan ellas ante la información?
4. ¿Qué objetivo tiene el ultrasonido?

G) Procedimiento

1. ¿Qué información reciben las mujeres durante el procedimiento?
2. ¿Qué tipo de información reciben?
3. ¿Cuánto tiempo tarda el procedimiento?
4. ¿Quiénes participan en él?
5. ¿Durante el procedimiento la mujer es activa, pasiva?
6. ¿Qué preguntas hace la mujer durante el procedimiento?
7. ¿Qué hace la mujer durante el procedimiento?

H) Método de planificación

1. ¿Quiénes acceden al método de planificación?
2. ¿Qué métodos se eligen con mayor frecuencia?
3. ¿Cómo es propuesto el método de planificación?
4. ¿Qué les dicen a las mujeres para que accedan?
5. ¿Qué dicen las mujeres de los métodos?
6. ¿Qué toman en cuenta para elegir el método?
7. ¿Quién proporciona el método?
8. ¿Qué seguimiento se le da?

l) Seguimiento del procedimiento

1. ¿Las mujeres asisten a la cita de seguimiento?
2. ¿Van acompañadas?
3. ¿Quién las atiende?
4. ¿Con qué frecuencia es el seguimiento?
5. ¿Qué estudios se realizan en el seguimiento?
6. ¿Qué información reciben?
7. ¿Qué es necesario para que sean dadas de alta durante el servicio?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD

Facultad de Medicina



Proyecto:

“Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención en un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud TIII- MÉXICO ESPAÑA”

ANEXO 2
CÉDULA DE REGISTRO DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y
SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS USUARIAS DE ILE DURANTE 2016

Seudónimo (Propuesto para identificación en estudio)

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Situación Laboral:

Ingresos:

Semanas de Gestación:

Número de Hijos:

Número de embarazos previos:

Adopción de algún método anticonceptivo:

Método de Interrupción:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD

Proyecto:

“Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención en un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud TIII- MÉXICO ESPAÑA”

Facultad de Medicina



ANEXO 3

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA USUARIAS DEL SERVICIO

Área 1. Datos Generales

- Edad
- Estado Civil
- Con quién vive
- Lugar de origen
- Escolaridad
- Religión
- Ocupación Actual

Área 2. Trayectoria de atención

- ¿Cómo supo que estaba embarazada?
- ¿Qué hizo cuando supo que estaba embarazada?, ¿Qué pensó?, ¿Qué sintió?
- ¿Le comentó a alguien sobre su embarazo?
- ¿Cómo fue que decidió hacer uso de la ILE?
- ¿A dónde acudió primero?
- ¿Alguien ha estado en ella durante este proceso?
- ¿Cómo fue la atención que recibió?
- ¿Ha tenido seguimiento?
- ¿Cuál fue la opinión de su pareja en torno a la ILE?
- ¿Qué papel jugó su situación económica para practicarse la ILE?

- ¿Qué papel jugó su familia?

Área 3. Impacto del embarazo no deseado en la trayectoria de atención

- ¿Cuáles son los motivos por los que no quiso llevar a término su embarazo?
- ¿Qué pensó cuando se enteró que estaba embarazada?
- ¿Qué elementos considero para tomar una decisión?
- ¿Cuál fue el papel de su pareja en la decisión?
- ¿Cómo se sintió durante la búsqueda de la interrupción?
- ¿Cuándo estuvo en la consejería qué pensó?, ¿Qué opinión tiene de esta consejería?
- ¿En algún momento dudo?
- ¿Qué piensa de la posibilidad de interrumpir?
- ¿Le fue sencillo acceder al servicio?
- ¿Dónde encontró la información?

Área 4. Trayectoria Reproductiva (Se realizará por cada embarazo)

- ¿Qué edad tenía cuando se embarazó?
- ¿Cómo se dio cuenta?
- ¿Cómo confirmó?
- ¿Fue un embarazo planeado?
- ¿Fue un embarazo deseado?
- ¿Cuáles fueron los principales cuidados?
- ¿En dónde llevo el seguimiento Médico?
- ¿Cómo considera el seguimiento médico?
- ¿Cómo fue el desarrollo de su embarazo?
- ¿Presentó complicaciones a lo largo de su embarazo?
- ¿Cuáles fueron los principales cuidados?
- ¿Cómo fue su parto?
- ¿Tuvo complicaciones?
- ¿Tiene alguna secuela?
- ¿Cuáles fueron los cuidados posteriores?
- ¿Quién la acompañó en este proceso?

Área 5. Trayectoria de Salud Sexual y Reproductiva

Infancia:

- ¿Qué información recibió durante su infancia acerca de la sexualidad?
- ¿Qué piensa de ello?
- ¿Considera oportuna la información que recibió?
- ¿Le ha sido útil?
- ¿Qué información recibió durante su infancia acerca de la reproducción?
- ¿Qué piensa de ello?
- ¿Considera oportuna la información que recibió?
- ¿Le ha sido útil?

Adolescencia:

- ¿Cuándo tuvo su primera menstruación?
- ¿Cómo ha vivido su la menstruación?
- ¿Cuáles han sido sus cuidados ginecológicos?
- ¿Cuál ha sido la influencia de su madre en sus cuidados ginecológicos?
- ¿Cuál ha sido la Influencia de su padre en sus cuidados ginecológicos?
- ¿Qué información tenía a esa edad sobre sobre la sexualidad?
- ¿Cuándo inició su vida sexual?
- ¿Cuáles fueron sus cuidados anticonceptivos?
- ¿Qué pensaba de la maternidad?, ¿Quería ser madre?
- ¿Cómo considera que vivió su sexualidad?
- ¿Cuáles eran sus hábitos sexuales a esa edad?
- ¿Cómo eran sus relaciones de pareja?

Juventud:

- ¿Cuál era la información sobre anticoncepción que tenía?
- ¿De dónde la obtuvo?
- ¿Qué Información sobre sexualidad tenía?
- ¿De dónde la obtuvo?
- ¿Qué información sobre reproducción tiene?
- ¿De dónde la obtuvo?
- ¿Qué piensa de la maternidad?, ¿Ha deseado ser madre?
- ¿Cuáles han sido sus cuidados ginecológicos?
- ¿Cuáles han sido sus cuidados anticonceptivos?
- ¿Ha tenido embarazos previos?
- ¿Cuánto hijos nacidos vivos ha tenido?

- ¿Ha tenido abortos? ¿Cuáles fueron las condiciones?
- ¿Cómo se considera como madre?
- ¿Qué es ser madre?
- ¿Cómo ha sido la vivencia de su sexualidad?
- ¿Cuáles han sido sus hábitos sexuales?
- Cómo han sido sus relaciones de relaciones de pareja?

Adultez:

- ¿Cuáles han sido sus cuidados ginecológicos?
- ¿Cuáles han sido sus cuidados anticonceptivos?
- ¿Cómo ha sido su vivencia de la sexualidad?
- ¿Cómo ha sido la maternidad para ella?
- ¿Cómo han sido sus relaciones de pareja?
- ¿Ha pensado en ser madres (si no lo es)?
- Planeo su maternidad
- Planea ser madre
- ¿Cuándo es un momento adecuado para ser madre?
- ¿Qué se debe tener en cuenta?

Área 6. Ejercicio individual de la sexualidad y reproducción posterior a una ILE

- ¿Cuáles fueron los cuidados posteriores a la ILE?
- ¿Cuáles fueron las prácticas anticonceptivas empleadas después de la ILE?
- Notó cambios en su ejercicio sexual
- Decidió hacer algún cambio después de haber interrumpido su embarazo
- ¿Cuáles fueron esos cambios?
- ¿Qué opinión y/o participación tuvo su pareja en estos cambios?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD



Proyecto:
"Itinerarios terapéuticos y trayectorias de atención en un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud TIII- MÉXICO ESPAÑA"

ANEXO 4

GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PRESTADORES DEL SERVICIO: MÉDICOS, ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES

Área 1. Datos Generales

- Edad:
- Estado Civil:
- Escolaridad:
- Religión:

Área 2. Desarrollo Profesional

- Principales áreas de experiencia
- Principales áreas de interés
- Especialidad

Área 2. Representaciones sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo

- Tiempo de experiencia en el Servicio de ILE
- ¿Qué opinión tiene sobre la interrupción voluntaria de una gestación?
- ¿Qué lleva a una mujer a decidir sobre interrumpir de manera voluntaria una gestación?
- ¿Cuáles serían los argumentos de las mujeres para la interrupción?

Área 3. Representaciones sobre el derecho a decidir de las mujeres ante un embarazo no deseado

- ¿Qué sabe acerca de los embarazos no deseados?
- ¿Qué problemática enfrentan quienes lo viven?

- ¿Se puede pensar en la interrupción del embarazo como un derecho a decidir sobre el propio cuerpo?
- ¿Qué problemática enfrentan quienes están en esa disyuntiva?

Área 4. Representaciones sobre la implementación del protocolo de ILE

- ¿Por qué cree que se despenalizó el aborto?
- ¿Qué opinión tiene de la despenalización del aborto?
- En su opinión ¿soluciona algún problema?
- ¿Cuáles son los principales problemas que ha enfrentado en el servicio de ILE (insumos, capacitación, relación con las usuarias, etc.)?
- ¿Qué propondría para mejorar el servicio?
- ¿Cuáles son los beneficios del servicio?
- ¿Cree que las usuarias quedan satisfechas con el servicio?
- ¿Cree que el trato hacia las mujeres es el adecuado?
- ¿Qué se necesita entender mejor el problema del embarazo no deseado?

Anexo 5



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Ciudad de México a ___ de _____ de 2017

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de "Trayectorias de atención e Itinerarios terapéuticos de un grupo de mujeres atendidas en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo", que se realiza en el Centro de Salud TIII México España. Su objetivo principal es: *Analizar las trayectorias de Salud Sexual y Reproductiva y las trayectorias de atención al embarazo no deseado en algunas mujeres que accedieron a la Interrupción Legal del Embarazo en el Centro de Salud TIII México España de la Ciudad de México.*

Estoy consciente de que el procedimiento para lograr el objetivo mencionado consiste en:

- Una entrevista acerca de mi percepción y experiencia en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo. Esta será grabada con la finalidad de respetar detalladamente mis palabras y su duración depende de la profundidad con que hable de lo que pienso.

Del presente estudio se deriva el siguiente beneficio:

- Conocer a profundidad los elementos sociales, antropológicos y emocionales del proceso de interrupción legal del embarazo desde la perspectiva de las pacientes.

Finalmente, es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. Mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con la **Dra. Guadalupe Rocío Jiménez Jiménez**, Coordinadora de Enseñanza y Capacitación, ubicada en la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo, quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la SSCDMX, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal Mtra. Liliana Estela Rubí Sánchez (cel. 5517325649) y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución.

Nombre y firma del investigador responsable:		Nombre y firma de la participante:	
Mtra. Liliana Estela Rubí Sánchez			
Firma:		Firma:	
		Nombre y firma del Tutor (menores de edad):	
Domicilio:	Teléfono	Domicilio:	Teléfono
Calle Presa Necaxa L4 Mz5 Col. La Presa, Naucalpan. Edo de México. CP. 53217.	5517325649		

Nombre y firma del testigo 1:		Firma:	
Domicilio:	Teléfono		

Nombre y firma del testigo 2:		Firma:	
Domicilio:	Teléfono		

Anexo 6




Ciudad de México, 22 de febrero de 2017
Oficio No. SSDF/DGPCS/DEI/SECI/JUDI/0329/17
ASUNTO: Aprobación de protocolo de investigación.

MTRA. LILIANA ESTELA RUBÍ SÁNCHEZ
ESTUDIANTE DEL PROGRAMA DE DOCTORADO
EN ANTROPOLOGÍA EN SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Presente

Con relación al proyecto de investigación titulado *"Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de un grupo de mujeres atendidas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud TIII México España"*, que remite para evaluación de procedencia, le comunico que el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, lo considera de información relevante y de riesgo mínimo, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, *"la información identificatoria (personal) se encuentra desvinculada de la información sustantiva para el estudio y solo se requiere para validar la información"*, amén de las normas éticas, morales y los acuerdos internacionales que se aplican a la discreción y secrecía en el ejercicio de la profesión médica, así como la seguridad de la información genética. Por lo anterior, ha dictaminado la **aprobación con observaciones**, asignándole el número de registro: **611-110-01-17**.

En ese sentido y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarles que los apoyos que solicitan para su proyecto, deben ser gestionados directamente en la Unidad de Atención que se requiera, ante el titular que corresponda, quién decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que desee involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

ATENTAMENTE.


DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ.
PRESIDENTE.



c.c.p. Dra. Elsa Aguilar Pérez.- Directora de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México - Presente.
c.c.p. Dra. Gloria Salgado Morgan.- Directora del Centro de Salud México-España de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México - presente.
c.c.p. Dra. Guadalupe Rocio Jiménez Jiménez.- Jefa de Enseñanza y Capacitación de la Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México - Presente
c.c.p. Dr. Patricio Sanhueza Smith.- Coordinador de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México - Presente.
c.c.p. Archivo.

RRG/TNG/RMM



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Educación Continua e Investigación
Altadena N° 23, 2° Piso, Col. Nápoles, C.P. 03810
Del Benito Juárez, Tel. 51321200 Ext. 1335, 1030, 1302

Anexo 7



Dirección de Educación e Investigación
JUDI-01/07

Formato Estandarizado de Protocolo de Investigación

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. La orientación presente en cada apartado es importante, en aspectos específicos, el documento *Información Básica para la Elaboración de Protocolos de Investigación*, ofrece información suficiente para su llenado correcto. Para ingresar información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo del encabezado o instrucción de cada apartado, el documento creará lo necesario abriendo nuevas páginas automáticamente, si es necesario para mejorar su paginación, puede pasar un apartado a otra página insertando un corte de hoja desde el menú de comandos: >insertar; >salto; >de página. Se recomienda mantener el tipo de letra Arial Narrow tamaño 10, con espaciado sencillo y no abusar de las mayúsculas. Para complementar la información puede anexar las hojas que considere necesarias.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Título del proyecto de investigación:

Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de un grupo de mujeres atendidas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo del Centro de Salud T-III México España

1.2 Investigadores participantes:

I. Investigador principal

Nombre: Mtra. Liliana Estela Rubi Sánchez

Puesto o cargo:

Estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Campo de Conocimiento: Ciencias Sociomédicas Especialidad: Antropología en Salud

Firma:

II. Investigador titular en la institución (en caso de inv. Extra institucional)

III. Asesor de la investigación o investigador asociado:

Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez

Profesora Titular del programa de posgrado UNAM e investigadora en el INAH

Domicilio, teléfono, correo electrónico del investigador titular:

Calle Presa Necaxa L. 4 Mz. 5 Colonia La Presa Naucalpan, Estado de México. CP. 53217.
Tel: 5517325649
Correo: lilianarubis@gmail.com

Unidad (es) operativa (s) donde se realizará el estudio

Centro de Salud T-III México España, en el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo

Servicio donde se realizará el estudio:

Medicina Odontología Nutrición Administración
 Enfermería Psicología Trabajo Social Otra. Especifique: Servicio de Interrupción Legal del Embarazo

Área de especialidad donde se realizará el estudio:

Anestesiología Medicina Interna Urgencias. Médico - Quirúrgicas Dermatopatología
 Cirugía General Medicina Familiar Cirugía Pediátrica Medicina del Enfermo en Estado Crítico
 Ginecología y Obstetricia Ortopedia Cirugía Plástica y Reconstructiva Otra, especifique:
 Medicina Legal Pediatría Dermatología

Periodo de estudio:

1 9 1 2 1 6 al 1 7 1 1 1 7
Día Mes Año al Día Mes Año

1.3 Datos de validación:

I. Jefe de Enseñanza e Investigación:

Nombre

Firma

II. Director de la Unidad Operativa

III. En caso de tesis, Profesor Titular de la Especialidad

(para ser llenado por el Secretario Técnico del Cuerpo Colegiado que corresponda)

1.4 Aprobación y registro:

Fecha de recepción: Día Mes Año

Fecha de aprobación: Día Mes Año

Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Cuerpo Colegiado que se señala, por acuerdo de consenso, firman la evaluación del protocolo que se indica.

Presidente.

Vocal de Bioética.

Vicepresidente.

Vocal de Bioseguridad.

Secretario Técnico.

Vocal de Bioseguridad.

Vocal de Bioética.

Vocal de Investigación.

Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación

Aprobado (anotar en que número de revisión)

Subcomisión de Investigación y Bioética

Aprobado con observaciones (en anexo)

Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética

Hacer correcciones y presentar nuevamente (en anexo)

Unidad operativa

Rechazado (ver anexo)

Fecha de registro

Código de registro:

Anexo 8.

Subcategorías de los elementos relacionados con los componentes del embarazo no deseado y resuelto vía interrupción voluntaria del embarazo

Componentes	Elementos que lo componen	Categoría	Subcategorías
Espacio Centro de Salud TIII México España Ambiente y Población	Características espaciales del Centro de Salud TIII México España	Admisión	Requisitos
			Número de trabajadores
			Cuántas mujeres se reciben al día
		Sala de espera	Usuarios de la sala de espera
			Cuántas personas por día pueden estar en la sala de espera
			Funciones de la sala de espera
		Consultorios	Número de Consultorios
			Número de Médicos
			Número de pacientes atendidas por día
			Actividades llevadas a cabo en consultorio
			Tiempo de consulta
		Quirófano	Número de mujeres atendidas por día en quirófano
			Tiempo que dura el procedimiento
			Complicaciones
			Cuidados
			Personal que interviene en el proceso
		Sala de recuperación	Tiempo de la paciente en recuperación
			Personal que atiende a la paciente
			Características para dar de alta a la paciente
			Cuidados
Complicaciones			
	Tiempo de consejería		
	Puntos abordados		

		Espacio Consejería	Personal que provee la consejería
			Casos a quienes se proporciona consejería
			Principales dudas
		Somatometría y ultrasonido	Personal que se encuentra en el área
			Cantidad de pacientes por día
			Actividades que se llevan a cabo: Talla, peso, SG.
	Características epidemiológicas y sociodemográficas de las mujeres que han interrumpido voluntariamente su embarazo	Características Epidemiológicas	Edad
			Semanas de Gestación
			Número de Hijos
			Número de embarazos previos
Adopción de algún método anticonceptivo			
Método de Interrupción			
Características Sociodemográficas		Complicaciones	
		Lugar de residencia	
		Estado civil	
		Escolaridad	
Recursos para la salud	Procedimientos de interrupción de acuerdo al Manual de Procedimientos que opera en el Centro de Salud TIII México España	Interrupción con medicamentos	Número de semanas de gestación
			Misoprostol/Mifepristona
			Número de tomas
			Complicaciones
		Interrupción con AMEE	Número de semanas de gestación
			Complicaciones
			Medicamento
			Cuidados
	Apoyo de Asociaciones Civiles	Alimentación	Jugo
			Sándwich

			Apoyo Económico
		Transporte	Autobús
			Metro
			Taxi
			Avión
		Acompañamiento	Telefónico
			Presencial
		Estancia	Hotel
			Casa de Huéspedes
		Consejería	Información de la ILE
	Respeto a decisión		
	Procedimiento por medicamentos		
	Método para tomar los medicamentos		
	Signos de alarma		
Información sobre Métodos Anticonceptivos	Implante		
	DIU		
	Pastillas		
	Condomes		
	Registro de elección		
Productos materiales de la cultura	Lineamientos jurídicos de la despenalización del aborto en el DF que conllevan al protocolo de ILE	Protocolo de ILE en el Centro de Salud TIII México España	Flujograma de atención
			Personal médico
			Personal de enfermería
			Personal Administrativo
			Personal de trabajo social
	Asociaciones pro-choice	Fondo MARIA Católicas por el derecho a decidir Las libres	Colaboración con el Centro de Salud TIII México España
			Casos relacionados con la asociación
			Nivel de intervención de la asociación
	Asociaciones pro-vida	Decidir	Casos relacionados con la asociación

			Nivel de intervención de la asociación
Prácticas y Representaciones	Discursos que atraviesan a las mujeres en busca de una Interrupción Legal del Embarazo	El cuerpo como agencia	Agencia
			Decisión
			Cuerpo
			Empoderamiento
			Lucha
	Discursos médicos en torno a la ILE	El aborto desde la atención de la práctica medica	Atención Integral
			Decisión de la mujer desde el punto de vista médico
			Concepción de derecho a interrumpir un embarazo
			Experiencia del médico en el programa de ILE en el Centro de Salud TIII México España
	Sistema de creencias de las mujeres que buscan interrumpir un embarazo	Ideología religiosa	Culpa
			Miedo
			Pecado
			Libertad
		Educación	Cuidado
			Decisión
			Equivocación
			Responsabilidad
		Tradición Familiar	Ser madre
			Ser mujer
			Estigma
Construcción social de sí misma		Sexualidad	
		Cuidados de sí misma	
		Anticoncepción	
		Toma de decisión	
	Motivos		
Derecho	Delito		
	Derecho		
	Libertad		

	Representaciones del cuerpo, género y salud sexual de las mujeres en busca de una ILE	Representaciones de las mujeres que vivieron una experiencia de ILE en el Centro de Salud TIII México España	Concepto de aborto Cuerpo Género Mujer Madre Participación de la pareja Concepto de ILE Actividad sexual
	Hábitos sexuales de las mujeres que interrumpieron una ILE	Prácticas posteriores a la vivencia de la ILE	Cuidados ginecológicos
Cuidados anticonceptivos			
Placer-Displacer sexual			
Biología Humana	Características biológicas de embarazo, semanas de gestación hasta las cuales es permitido y posibles complicaciones	Edad de la paciente Semanas de Gestación Estado de salud de la paciente	10-49 años
			1-12 SG
			Antecedentes ginecológicos
			Antecedentes de violencia
			Anemia
			Otras enfermedades que comprometan la salud de la mujer en caso de interrumpir un embarazo
	Cuidados posteriores a la ILE	Vida sexual	Abstinencia 40 días
			Sin abstinencia
		Alimentación	Uso de métodos anticonceptivos
			Dieta blanda Moderar consumo de grasas y picante
Actividad Física	Moderar actividad física		
Riesgo biológico de la gestación	Edad	Menores de 15 años	
		Mayores de 43 años	

	ILE y relación con muerte materna por complicaciones del procedimiento	Complicación por aborto con medicamentos	Infección
			Sangrado excesivo
		Complicación por aborto con AMEE	Infección
			Sangrado excesivo
			Perforación uterina
	Adherencias		

Fuente: Elaboración propia, basado en el modelo propuesto por Peña (2012).