UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS EN EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, A 14 AÑOS DE SU PROMULGACIÓN

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS

PRESENTA
KATHERYN HERNÁNDEZ OLVERA

TUTORA PRINCIPAL
DRA. JOAQUINA ERVITI ERICE
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS / UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MARZO 2023

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Contenido

Agradecimientos *4*

Presentación *5*

Capítulo 1. Perspectivas teóricas: análisis de políticas públicas, género y reproducción *12*

1.1 Implementación de Política Pública y Marcos Interpretativos **12**

1.2 Género y sexualidad **15**

1.3 Maternidad y aborto **17**

1.4 Derechos sexuales y reproductivos: autonomía reproductiva y anticoncepción **20**

Capítulo 2. Política pública sobre el aborto en México *24*

2.1 Movimiento feminista por el derecho a decidir **25**

2.2 Legalización de la ILE en la Ciudad de México **39**

2.3 Retrocesos y avances legislativos en materia de aborto en México **43**

Capítulo 3. Programa Interrupción Legal del Embarazo en CDMX *50*

3.1 Marco Legal de la ILE **50**

3.1.1 Código Penal de la Ciudad de México (2020) 50

3.1.2 Ley de Salud de la Ciudad de México (2021) 51

3.1.3 NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra Las Mujeres 52

3.1.4 Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en la Ciudad de México, 2018 53

3.2 Observaciones generales sobre el Marco Legal de la ILE **56**

3.2 Estadísticas de la ILE en Ciudad de México **58**

Capítulo 4. Diseño de la investigación *65*

4.1 Selección de los sitios de investigación **65**

4.2 Recolección de datos **67**

4.3 Perfiles de los/as participantes **71**

4.3.1 Usuarias entrevistadas 71

4.3.2 Personal de salud entrevistado 74

4.4 Análisis de la información **76**

Capítulo 5. Resultados: obstáculos, resistencias sociales y avances en el derecho a decidir, a 14 años de su promulgación. *77*

5.1 Obstáculos que limitan el libre ejercicio del derecho a la ILE **77**

5.1.1 El acceso al servicio de ILE: la lucha para obtener una ficha 77

5.1.2 La inseguridad en la fila de espera en el exterior del Centro de Salud 84

5.1.3 Acoso de Grupos Pro-Vida: intervención contra el ejercicio del derecho a ILE 85

5.1.4. Infraestructura y prácticas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo 94

5.2 Significados y prácticas del personal de salud respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres **99**

5.2.1 Categorización de usuarias según el uso de métodos anticonceptivos: responsables e irresponsables 99

5.2.2 Significados sobre la ILE por parte del personal de salud 105

5.2.3 Escasa preparación sobre la ILE con Perspectiva de Género y Derechos Humanos 110

5.3 Significados de las usuarias en torno a la ILE **113**
5.3.1. Significados en torno a la maternidad: intensiva, romántica y elegida 113
5.3.2 Significados sobre el derecho a decidir por parte de las usuarias 119

5.4 Estigmas y razones que persisten en contra del derecho a decidir: solicitud repetida de ILE's **126**
5.4.1 Ejes discursivos de los profesionales de la salud sobre las repetidoras de ILE's 127
5.4.2 Ejes discursivos de las usuarias sobre las repetidoras de ILE's 131
5.4.3 La excepción 133

Consideraciones finales ***135***

Obstáculos institucionales pendientes **136**

Resistencias sociales al derecho a decidir **141**

Avances en los derechos reproductivos y la Marea Verde **144**

Fuentes de información ***146***

Anexos ***149***

Agradecimientos

Mi eterna gratitud a las mujeres que accedieron a contarme sus experiencias y su sentir respecto a su proceso de ILE. También agradezco la apertura y confianza del personal de salud participante. El proceso fue gratificante y enriquecedor, no cabe duda de que cada palabra, pregunta y visita refuerza la lucha a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes.

Asimismo, es preciso destacar la colaboración de las Jurisdicciones Sanitarias de los Centros de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán y México España y el Comité de Ética en Investigaciónes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, quienes desde un principio aceptaron con buenos ánimos el proyecto de investigación.

En forma especial agradezco a la Dra. Joaquina Erviti Erice, directora de esta tesis, quien me transmitió una alta vocación profesional hacia el derecho a decidir. Sin su guía teórica y práctica este trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM por la beca que me permitió llevar a cabo el trabajo de campo. Este financiamiento fue indispensable en la fase de recolección de datos.

Por último, gracias a todas las personas que han conformado e impulsado la lucha feminista. ¡La maternidad será deseada o no será!

Presentación

El aborto es un tema que puede leerse desde distintos ángulos. En México, llegó al debate público en la década de los treinta, como un problema de salud y de justicia social, derivado del alto índice de mortalidad materna y los escenarios de extorsión a causa de interrupciones en contextos clandestinos e inseguros. Se planteó como un asunto de justicia social porque solamente las personas con suficientes recursos económicos podían interrumpir su embarazo en condiciones medianamente seguras, mientras que aquellas que no contaban con los recursos materiales recurrían a procedimientos inseguros y riesgosos para su vida y salud. La desigualdad era evidente: las mujeres sin recursos ponían en riesgo su bienestar para poder decidir sobre su cuerpo.

Otra perspectiva del aborto se desprende de la Iglesia católica, esta institución categoriza a la interrupción del embarazo voluntaria como un "pecado". Este grupo defiende a la vida desde la unión entre el espermatozoide y el óvulo en las trompas de Falopio, y así, equiparan al infante no nacido con el óvulo fecundado y afirman que ambos tienen los mismos derechos que cualquier persona. Asimismo, desde esta perspectiva se promulga como "asesinas" a las mujeres que interrumpen su embarazo y por ende deben recibir una condena. "Bajo la doctrina católica existe una ley natural que no puede ser alterada por el orden jurídico. […] Establece que la vida de un concebido (inocente) prevalece sobre todas las opiniones." (Gianella, 2018, p. 354)

Fue hasta la década de 1970 cuando el activismo de la segunda ola del feminismo aboga por el aborto como un derecho sobre el propio cuerpo de las mujeres. El auge de los estudios de género abre el debate a temas considerados "tabús", e inicia el cuestionamiento a prácticas que se habrían calificado como privadas y quedaban fuera de la discusión pública, pero eran reguladas y sancionadas por el gobierno, como es el aborto. La corriente feminista recuperó la diferenciación entre "sexo" y "género" para demostrar que la supremacía masculina tenía sus bases en prácticas sociales y no por imperativos biológicos, por lo tanto, construcciones sociales como el binomio mujer-madre solo limitaban la autonomía de las mujeres y las restringían a las tareas del hogar. (Sosa-Sánchez, 2013)

Las feministas comenzaron a contemplar a la interrupción voluntaria del embarazo como una necesidad práctica y estratégica para las mujeres. Práctica porque la mujer se libera de inevitables cargas de trabajo que conlleva cualquier maternidad. Y estratégica

porque interrumpir un embarazo no deseado representa un acto de autonomía personal sobre el propio cuerpo, que tiene repercusiones estratégicas en los proyectos de largo plazo. (Lamas, 2015) La interrupción del embarazo se demandó como un servicio legal, gratuito y seguro que debía ser proporcionado por el Estado, con el fin de asegurar que todas las mujeres tuvieran la oportunidad de acceder a ello y no se vieran limitadas por su situación económica o lugar de residencia.

Desde la academia, una parte de ella se ha centrado en el análisis de significados e imaginarios sociales alrededor del aborto. Han evidenciado la lógica patriarcal en servicios médicos de aborto, señalando la ausencia del reconocimiento de las mujeres "como sujetos con derechos y con plena capacidad de decidir libre e informadamente sobre sus propios cuerpos." (Erviti et al., 2007, p. 163) En estudios post legalización de la ILE, Ana Amuchástegui y Edith Flores (2013) indagan hasta qué punto las mujeres interpretan y reconocen este servicio de salud como un derecho. A partir de 24 entrevistas con mujeres que interrumpieron su embarazo entre 2008 y 2009 en la CDMX, estas autoras identificaron tres figuras discursivas; en la primera, las participantes hablaron de la ILE como una concesión otorgada por el gobierno, como un regalo que pretende aliviar sus difíciles condiciones de vida; la segunda, interpreta a la ILE como una tolerancia excesiva del Estado y por tanto el aborto no está realmente justificado; y en la tercera figura discursiva, expresada por participantes con niveles educativos superiores, se categorizaba a la ILE como un derecho. Las autoras recolectaron con mayor frecuencia nociones de "apoyo" o "ayuda" en el grupo entrevistado, lo cual denotaba que la mayoría de estas mujeres no se construían como ciudadanas con derechos, sino como personas agradecidas.

Marta Lamas (2014), una de las fundadoras del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), visibilizó estigmas en el personal sanitario que proporcionaba la ILE en la CDMX a pocos años de su legalización. Aunque los médicos entrevistados, en sus narrativas, se posicionaban respetuosos al derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, la antropóloga identificó discursos condenatorios. "A una parte del personal se les "escaparon" ciertos epítetos –"exigentes", "abusivas", "difíciles"–, […] También incomodó la ausencia de culpa (en las mujeres), que se calificó de "desinhibición" o "descaro"". (Lamas, 2014, p. 54) Estos comentarios que mostraron incomodidad o desacuerdo eran una muestra del estigma y condena social hacia el aborto aún en contextos de legalidad.

En otro estudio, Elyse Ona Singer (2019) argumentó que el servicio de la ILE en la CDMX reflejaba y ampliaba las agendas estatales de “gobernanza reproductiva”, donde la formación de sujetos reproductores responsables es primordial. En su investigación señala que la implementación del servicio en la capital estaba diseñada para administrar y controlar la vida reproductiva de las usuarias. También identificó que el personal médico no veía a la ILE como un derecho, en cambio, articularon un esquema de razones aceptables para la práctica de este, donde la violación era la razón más aceptable y el descuido individual la menor. Por otro lado, las mujeres entrevistadas, en su mayoría, estuvieron de acuerdo en que los mensajes clínicos sobre la responsabilidad eran apropiados o aptos y no se debía tomar a la ligera el proceso de ILE. Contadas mujeres se mostraron resistentes a los procesos de responsabilización, y reclamaban a la ILE como un servicio de salud al que tenían derecho.

En una investigación impulsada por la organización internacional IPAS acerca de las diferentes formas de estigma que vivieron mujeres que decidieron interrumpir su embarazo, Laura Villa, Ma. Elena Collado y Laura Andrade (2017) refieren como las mujeres fueron objeto de prejuicios o etiquetas a través de frases como: “Las mujeres que abortan son malas mujeres, malas madres y asesinas”, “Las mujeres que abortan son irresponsables y descuidadas”. Además, algunas sufrieron rechazo por parte del personal de salud, especialmente las mujeres que se retiraban de las clínicas sin adoptar algún método anticonceptivo, o cuando regresaban por un segundo o tercer aborto. Las autoras visibilizan una falta de apropiación de los derechos reproductivos por parte de las mujeres, pues algunas entrevistadas afirmaron sentirse sorprendidas de recibir un buen trato y otras declararon que se debían impulsar más restricciones en el acceso a la ILE, principalmente más requisitos para las mujeres jóvenes o las que han interrumpido su embarazo más de una vez.

Por otro lado, Daniel Hernández y Rocío Estrada (2018), abordaron las creencias sobre la interrupción de un embarazo en estudiantes de un bachillerato en la Ciudad de México en 2018. Mostraron que, aunque la ILE es legal desde el 2007 en la capital, “no siempre es suficiente para experimentar un aborto seguro, pues las mujeres siguen enfrentando barreras morales que les impiden un acceso integral al aborto.” (Hernández & Estrada, 2018, p. 83) Las narraciones de las jóvenes expresaron creencias inherentes a los valores católicos y proyectaron dudas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Los autores identificaron un discurso en donde la maternidad debe ser asumida de manera incuestionable, y de no ser así aparecen estigmas sociales que colocan a la ILE con algo

equiparable al homicidio; lo cual da como resultado que, algunas mujeres prefieren interrumpir su embarazo en una vía clandestina por el temor a sanciones familiares o sociales.

Aunque esta lista no es exhaustiva, este conjunto de investigaciones parece suficiente para visibilizar obstáculos en el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo cual denota una brecha entre la ley y el ejercicio efectivo de este derecho. A pesar de los grandes avances que se han tenido en la materia, problematizar la implementación de la ILE desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, permite estudiar a la política pública no nada más en términos de calidad de atención o porcentajes de mortalidad materna, sino también se recuperan los significados y prácticas que influyen e intervienen en la ejecución del servicio.

Asimismo, al abordar a la ILE desde un enfoque feminista, se pone en el núcleo del análisis a las usuarias como *ciudadanas,* y se les deja de categorizar como *pacientes*, los cuales han sido caracterizados por tener una actitud pasiva y mostrarse obedientes a las ordenes médicas. (Castro & Erviti, 2015, p. 37) Con esta reivindicación en el rol de las mujeres dentro de los servicios de salud públicos, se les reconoce un conjunto de derechos que deben estar garantizados y protegidos por el Estado dentro de la ILE; y al mismo tiempo, se realiza una aproximación social acerca del cómo se entienden y ejercen los derechos reproductivos y sexuales.

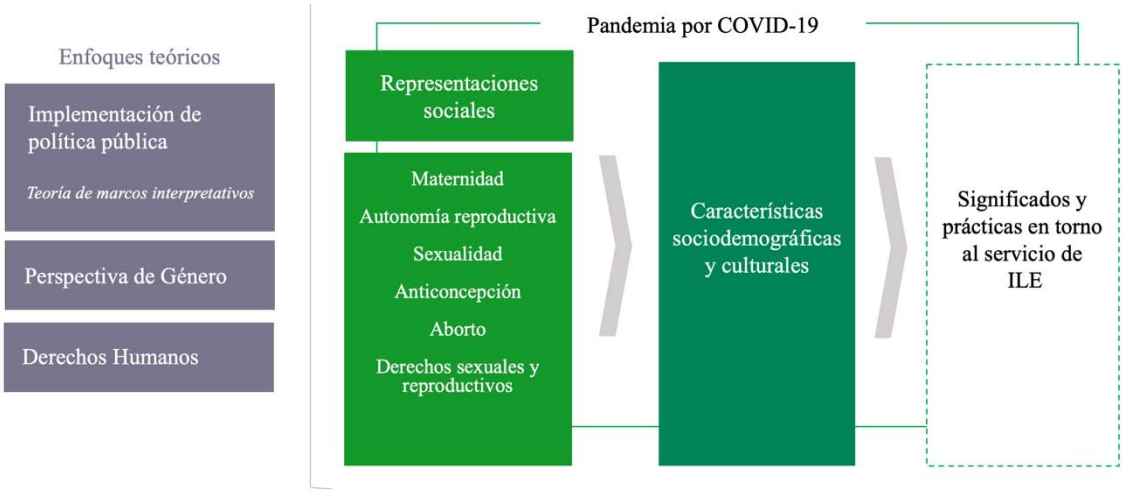
En los siguientes capítulos se estudia la Interrupción Legal del Embarazo desde un enfoque teórico constructivista, con el objetivo de analizar los significados y prácticas del personal sanitario y usuarias que influyen durante la implementación de la política. De manera paralela se busca identificar obstáculos que limiten el libre ejercicio del derecho a decidir; explorar concepciones secundarias como maternidad, autonomía reproductiva, sexualidad y anticoncepción para entender y contextualizar los imaginarios sociales en torno al aborto; y finalmente, estudiar la apropiación y reconocimiento de la ILE como un derecho reproductivo, a 14 años de su legalización.

Para cumplir con estos objetivos de investigación, se ha considerado idóneo recuperar la propuesta analítica de Berger y Luckmann (2019) y aplicar una estratégica metodológica cualitativa, donde se enfatice en las capas de experiencias y estructuras de significados que intervienen en los actores participantes en la ILE. Así, al unir el análisis de políticas públicas y las narrativas de los y las involucrados, es posible darles sentido y comprensión a las relaciones, hábitos, estructuras sociales, y en este caso, a la práctica del aborto en un contexto donde es (o debería ser) legal, gratuito, seguro y libre.

En ese sentido, la hipótesis interpretativa de la investigación reconoce que, los significados y prácticas en torno a la ILE en mujeres y personal de salud varían en función a los encuadres interpretativos y subjetividades acerca de la sexualidad, maternidad, autonomía reproductiva, anticoncepción, aborto, y de las características sociodemográficas y culturales de cada persona. Dentro de este marco analítico, los significados e interpretaciones individuales acerca de la ILE se hilan a través de las acciones, comportamientos y discursos de los sujetos de estudios, pues cada persona proclama sus intenciones o percepciones subjetivas a través de diferentes signos.

Es por ello, que tanto la observación no participante como las entrevistas semi-estructuradas, resultaron ser técnicas aptas para recabar comportamientos y experiencias explícitas e implícitas acerca del derecho a decidir. No obstante, esta propuesta no pretende ser un modelo de causalidad, debe entenderse como un sistema de interacciones en diferentes niveles de complejidad que condicionan y determinan la forma particular de vivir el servicio de la ILE en las clínicas públicas de la Ciudad de México, a 14 años de su promulgación. El Esquema 1 representa el modelo que se construyó para darle sentido a las diferentes dimensiones que intervienen en los significados y prácticas en el servicio de la ILE.

Esquema 1. Condicionantes sociales de los significados y prácticas en el servicio de ILE por parte de usuarias y personal sanitario, a 14 años de su promulgación



Fuente: Elaboración propia.

La tesis que presentamos está conformada por cinco capítulos, en el primer apartado se recuperan los postulados en implementación de políticas públicas y estudios de género

en materia de reproducción. Se hace uso de ambas perspectivas para generar un estudio integral de la implementación de la ILE a partir de los marcos interpretativos de los y las involucradas: personal sanitario y usuarias. En este bloque se definen concepciones claves para la comprensión de significados y vivencias de ILE, como maternidad, sexualidad, autonomía reproductiva y anticoncepción. Se recapitulan los principales imaginarios sociales que han rodeado y moldeado las decisiones de las mujeres en materia de reproducción, así como las aportaciones de los estudios de género en pro a la liberación sexual del sexo femenino.

En el segundo apartado se hace un recorrido histórico de la lucha feminista a favor del derecho a decidir en México, se registran las primeras acciones en contra de la penalización del aborto en la década de los treinta y se concluye con las últimas reformas a los Códigos Penales de Guerrero y Baja California Sur, en mayo y junio del 2022 respectivamente, en las cuales se legaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12.6 semanas de gestación. Se hace un especial énfasis en las demandas feministas a favor de la maternidad elegida y los servicios de aborto legal, seguro y gratuito.

En la tercera sección se aborda el marco legislativo y jurídico del Programa Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México, y se contextualiza el estudio dando las estadísticas del servicio registradas en los 14 años de implementación. En el cuarto capítulo se explica la estrategia metodológica empleada para cumplir con los objetivos de investigación; se detalla la elección de los sitios de investigación; la planeación aplicada en la recolección de información del 16 de agosto al 19 de noviembre del 2021; el procesamiento de los datos recabados en las 41 observaciones no participantes en los Centros de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán y México España y las 40 entrevistas semiestructuradas aplicadas a usuarias y profesionales de la salud; y por último, se presentan las características sociodemográficas de los y las participantes.

Finalmente, en el quinto capítulo se concentran los principales resultados del trabajo empírico. De primer momento, se puntualizan obstáculos institucionales e ideológicos que limitan el libre acceso a los servicios de ILE; después se abordan las figuras narrativas en torno al derecho a decidir sobre el propio cuerpo de las mujeres y personas gestantes; y al final, se detallan marcos interpretativos con tónica conservadoras que permean en la mayoría de los y las entrevistadas. En este apartado se precisan prácticas y discursos por parte de los profesionales de la salud que se interpretan como resistencias ante el reconocimiento de la ILE como un derecho humano, lo cual influye negativamente en las vivencias de las usuarias.

El análisis de los datos nos muestra como la legalización y los servicios médicos de ILE, deben acompañarse de legislaciones secundarias que protejan la intimidad, privacidad, dignidad y libertad de las usuarias, y combatan la estigmatización social hacia la interrupción voluntaria del embarazo. Se le reconoce a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México su amplia cooperación para llevar acabo esta investigación, y al mismo tiempo se le invita a atender los obstáculos instituciones, ideológicos y sociales que limitan el libre ejercicio del derecho. Igualmente, se espera que esta tesis pueda ser retomada por organizaciones civiles y activistas para reforzar la lucha y avanzar a favor de la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Capítulo 1. Perspectivas teóricas: análisis de políticas públicas, género y reproducción

En este trabajo se plantea el análisis de implementación de políticas públicas desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, se propone un monitoreo del servicio de Interrupción Legal del Embarazo a partir de los marcos interpretativos de los profesionales de la salud y usuarias. A continuación, se explica de qué manera se relaciona y justifica una aproximación de políticas públicas a través de los testimonios de los actores involucrados, poniendo énfasis en las interpretaciones sociales en torno a la reproducción y la interrupción voluntaria del embarazo.

1.1 Implementación de Política Pública y Marcos Interpretativos

El auge de estudios en políticas públicas (*policy analysis*) se da en paralelo con el desarrollo del Estado de Bienestar en los años setenta, periodo de gran crecimiento para el análisis institucional. En sus inicios se instauró como una metodología de investigación social aplicada directamente sobre las actividades de las autoridades públicas, pues las decisiones políticas se concebían como perfectas y habían sido construidas por titulares legalmente competentes, solo quedaba obedecerlas al pie de la letra. Se planteaba que la política se llevaría a la práctica sin resistencias y sus resultados coincidirían con las expectativas de las personas que la formularon.

Esta concepción se fue modificando a partir de 1970, se le dio un particular interés a la implementación de las decisiones y sus sesgos que la moldeaban, tomó relevancia a raíz de que diversos estudios (en particular, el libro *Implementation* de Jeffrey Pressman y Aaron Wildavsky publicado en 1973) señalaron que, aunque la "decisión" ya se había tomado, en la implementación los debates seguían e incluso algunos empeoraban. Por lo tanto, las investigaciones "*implementation gap*" analizaron "la diferencia, la brecha que existe entre la decisión y la realidad de su aplicación." (Roth, 2002, p. 107) Wildavsky pionero en el tema, reconoció que sus esfuerzos se centraron en entender en dónde había estado el error del gobierno.

La implementación también conocida como "ejecución" o "puesta en marcha", es definida por Jean Baptist Harguindéguy (2013, p. 81) "como el proceso que consiste en poner en práctica las decisiones políticas." Esta etapa comienza cuando la legislación ha sido promulgada y se han otorgado los recursos económicos correspondientes, a partir de ese momento inician los planes para llevar a la práctica lo plasmado en las reformas, leyes

o programas. Debido a lo cual, los estudios en la materia se impulsaron desde las "promesas incumplidas", se quería comprender el malogro de los programas, se exhibía "el incumplimiento de objetivos, los retrasos impensables y los costos excesivos de las políticas sociales." (Aguilar, 1993, p. 30)

Las investigaciones documentaron que las legislaciones eran desviadas en la puesta en marcha, se eliminó la percepción de la implementación como una etapa "técnica" y "simple", y se demostró que "la promulgación de leyes buenas o el buen diseño de un programa gubernamental no eran condiciones suficientes para el éxito efectivo de una política." (Aguilar, 1993, p. 26) Así que, no existía la política perfecta, ni la implementación perfecta, porque la complejidad, el desencuentro, el conflicto y el desacuerdo es parte de las interacciones humanas, pero esos hechos debían ser nombrados, conceptualizados y explicados, con el objetivo de que el análisis de la fase de implementación de los programas gubernamentales se posicione como una invitación al aprendizaje y retroalimentación.

Este enfoque permite identificar y analizar aquellos factores que contribuyen a la realización parcial o nula de objetivos de la política, se responde a la pregunta ¿por qué ocurrió de esa manera?, no tienen la intención de medir los impactos o resultados de la política pública. No se busca un análisis dicotómico entre buena o mala implementación, en cambio, se indagan los obstáculos que surgieron durante la práctica. Los postulados teóricos de implementación de políticas públicas reconocen que la acción gubernamental es aplicada por actores sociales, dicho de otro modo, son humanos quienes la piensan, construyen, proporcionan e implementan, e igualmente los destinatarios de ella son personas. (Roth, 2002, p. 27) Por consiguiente, cuando se arranca una política pública se desencadenan "muchas oportunidades y expectativas, poderes e intereses en juego, cargas de trabajo y responsabilidades, operaciones y decisiones; la implementación se vuelve un proceso muy complejo y elusivo, también conflictivo." (Aguilar, 1993, p. 17)

Resulta complicado delimitar una fórmula que genere una acción colectiva armónica y efectiva, entran en juego factores personales y sociales que pueden distorsionar las intenciones iniciales de la política pública, su ejecución no es algo automático ni asegurado. André-Noël Roth (2002, p. 108) señala que la implementación no es solo un "problema técnico", esa visión sería muy simple y reduccionista porque no se admitiría que las políticas públicas están diseñadas, decididas e implementados por hombres y mujeres que pueden afectarlas de manera positiva o negativa. Cada participante trae consigo intereses, actitudes y valores que desvanecen la anhelada neutralidad de la

administración pública. Los significados y percepciones individuales respecto al programa suelen verse reflejados de manera implícita o explícita durante la implementación, son diversos los factores que pueden cambiar un proceso que idealmente debería ser meramente operativo, por ello se esperaría que las autoridades forjen los eslabones siguientes que permitan alinear la participación de los proveedores del servicio para que no se desvíen, atrasen o frenen las actividades esperadas.

En específico, la implementación de la política pública de Interrupción Legal del Embarazo se ve envuelta en dos ideologías opuestas acerca del aborto; por un lado, se encuentran las personas pro-elección, que defienden el derecho a decidir libremente si se quiere o no ser madre; y del lado contrario, se ubican los grupos anti-derechos, que categorizan el aborto como un "asesinato". Las personas participantes en la ILE (proveedores o usuarias) podría estar de un lado o del otro, también podrían mostrarse indiferentes, no obstante, cualquier postura puede influir o moldear el cómo se brinda y vive el servicio de atención. Las percepciones, opiniones, juicios o conocimientos respecto a la ILE podrían darle un sentido distinto (al esperado en la ley) a las actividades que conforman la implementación de la política pública.

Por esta razón, a partir de la voz o silencio de los participantes se puede desarrollar un análisis de la implementación del servicio. Todo individuo o grupo social vinculado a la política pública debe considerarse actor potencial del espacio, aún si solo emprende acciones en determinados momentos de la implementación, pues la pasividad (intencional o por falta de determinados recursos) también puede constituir un factor explicativo. (Knoepfel et al., 2007, p. 12) Así pues, "los marcos interpretativos no son simples descripciones de la realidad sino construcciones o representaciones específicas que dan significado a dicha realidad y estructuran la comprensión de la misma." (Lombardo & Bustelo, 2006, p. 119)

Los significados que se desprendan de las palabras, discursos o actos durante la implementación del servicio ILE dependerán y se verán influenciados de las creencias, ideologías y costumbres de cada individuo, y también dependerán "de la conciencia que el actor tenga de sus propios intereses, de su capacidad para activar recursos y construir coaliciones que le permitan defender sus derechos." (Knoepfel et al., 2007, p. 13) En ese sentido, en esta investigación se reconoce que ningún espacio está perfectamente estructurado, controlado o regulado, en cambio, los actores pueden explorar zonas que promueven o restringen sus valores, ideas o intereses personales.

Estudiar la implementación de políticas públicas desde un punto de vista constructivista es útil para comprender cómo los actores condicionan sus encuadres interpretativos alrededor de una determinada situación, de acuerdo con sus esquemas cognitivos, experiencias y vivencias, proyectos y metas de vida. (López, 2011, p. 15) Los significados son constructos sociales que elabora cada persona para sí, según sus propias formas de percibir y concebir su entorno, estos dependen y se ven influenciados por los procesos de socialización con los otros y el contexto familiar, económico y cultural. Por lo tanto, esta tesis no busca estadísticas, identifica tendencias interpretativas acerca de cómo se vive y se percibe el servicio de ILE en la Ciudad de México, a 14 años de su promulgación.

Asimismo, es importante destacar que es en la etapa de implementación en donde se les da vida a los derechos humanos, es aquí donde los participantes, a través de sus prácticas, pueden defenderlos y hacerlos valer. Restringir los derechos humanos a la dimensión jurídica, según Tamayo, "es empobrecer su comprensión y obstaculizar su incorporación a la vida misma que es donde alcanzan –o ven truncada– su validez universal." (Tamayo, 2001, p. 19) Por ello mismo, resulta de gran relevancia analizar, monitorear o vigilar el reconocimiento y protección de la ILE como un derecho humano, así como posibles violencias hacia los cuerpos o voluntades de las usuarias durante el servicio de interrupción de embarazo.

1.2 Género y sexualidad

La Perspectiva de Género se instaura dentro del paradigma del feminismo a finales de 1960 e inicios de 1970, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra. La actividad científica se centró en el estudio y teorización de los procesos de producción de desigualdades que tienen su origen en la diferencia sexual. (Tepichin, 2019, p. 97) Sus orígenes se ligaron con el interés político y académico de comprender la subordinación femenina y demostrar la existencia de la hegemonía de lo masculino como una estrategia basada en argumentos "de lo natural". Este marco teórico interroga los significados tradicionales de ser mujer o ser hombre, pone en evidencia los estereotipos sociales y las identidades asignadas socialmente que mantienen en cautiverio a las mujeres y a la comunidad de la diversidad. Para Marcela Lagarde (2018, p. 21) la Perspectiva de Género nombra de otras maneras las cosas que socialmente se han establecido como "naturales", resalta hechos ocultos y les otorga significados distintos porque intenta revolucionar el

orden de poderes de los géneros. Asimismo, permite “analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos, construidos socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad.” (Lagarde, 2018, p. 35)

La categoría de *género* fue impulsada en la segunda ola del feminismo para el análisis de desigualdades surgidas de la diferencia sexual, por añadidura, conceptos como sexo, subordinación, división sexual del trabajo, maternidad, familia, entre otros, fueron cobrando relevancia para explicar la situación de subordinación de la mujer. En especial, uno de los aportes fundamentales de los estudios de género fue la distinción entre sexo y género, señalando que el primero solo es un término biológico, mientras que el segundo es un término cultural. A partir de esta diferenciación, se prestó atención a la construcción de las relaciones de género que han dado como resultado “formas específicas de subordinación en la división de recursos y responsabilidades, atributos y capacidades, poder y privilegio emanadas de la diferencia sexual”. (Tepichin, 2019, p. 102)

Al respecto, el sociólogo Pierre Bourdieu señaló que las relaciones desiguales entre los géneros son construcciones sociales que se reproducen por la división sexual del trabajo, y no son naturales e inmutables. En su obra *Dominación Masculina* sugirió que el cuerpo en sí (muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales), ha sido la justificación “natural” del orden social masculino, que ha dado como resultado la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres. (Bourdieu, 1998, p. 24) El autor argumenta que a partir de la diferenciación del cuerpo se han desarrollado roles y prácticas que posibilitan asimetrías en las relaciones, como producto de una violencia simbólica invisible. Bourdieu analiza y crítica las estructuras dicotómicas y asimétricas que han sido naturalizadas, y hacen perpetuar las relaciones de sumisión.

El incorporar la perspectiva de género al estudio de implementación de políticas públicas nos obliga a rechazar las diferencias “naturales” entre hombres y mujeres, a eliminar la percepción de un mundo naturalmente androcéntrico y a derrumbar la concepción idealista de igualdad marcada en distintas leyes. Desde esta visión se dejan a un lado las posturas de ideologías y religiones que hegemonizan los orígenes y destinos de las mujeres y hombres, en cambio, “se recupera a la mujer como un ser social, cuya imagen e identidad va más allá de la diferencia biológica, sexual y se construye social y culturalmente desde el nacimiento.” (Erviti, 2005, p. 67) La perspectiva de género ayuda a desmontar concepciones tradicionales en torno a la reproducción humana que han limitado las decisiones y vidas de las mujeres y personas que no encajan con la

cisnormativad. Posibilita la eliminación de los “destinos” de las mujeres, como la maternidad, el amor romántico o la pasividad sexual; sumado a esto, visibiliza acciones que se han naturalizado, pero son en sí mismas una violación a los derechos humanos de las personas con capacidad de gestar.

A continuación, se recuperan diferentes conceptos analizados desde los estudios de género que servirán para teorizar y comprender los significados y prácticas en torno a la Interrupción Legal del Embarazo. Las siguientes categorías posibilitan visibilizar mandatos culturales que se imprimen en las experiencias de aborto, los cuales pueden promover o limitar la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y proyectos de vida.

1.3 Maternidad y aborto

En términos tradicionales, la maternidad se ha construido socialmente como una experiencia, donde el infante y su crianza es adjudicada exclusivamente a las mujeres. Son ellas las que aceptan a la maternidad con los ojos cerrados, sin cuestionarse los motivos, aunque eso desemboque en escenarios conflictivos, violentos o de carencias económicas y emocionales. Desde esta visión, las mujeres poseen el deseo innato de ser madres, y también deben ejecutar su rol materno de manera intachable, se perciben a las acciones maternas como algo propio de las mujeres, algo que siempre se acepta con gusto, felicidad y satisfacción. Las múltiples tareas de cuidados “son realizadas por las mujeres, solo por el convencimiento cultural de que se trata de un deber a tal punto ineludible, que es un deber ser, ubicado en el centro de la identidad femenina de las mujeres y del género. Deber ser, asociado al irrenunciable amor maternal”. (Lagarde, 2015, p. 205)

Desde los ideales tradicionales de la maternidad se estableció el estereotipo de “La madre”, y sus extremos “buenas madres” y “malas madres”. “La madre” es una mujer que posee por naturaleza amor maternal y múltiples virtudes de cuidados, es la principal responsable de los otros y del hogar. “El modelo del amor maternal se caracteriza por el cuidado continuado, la postergación de los propios proyectos y la atención a los deseos y necesidades del otro.” (Juliano, 2004, p. 52) Si la mujer cumple con estos mandatos sociales será categorizada como “buena madre”, pero si pasa lo contrario, será señalada como una “mala madre” porque no cumplió con las expectativas ideales de su papel social. (Palomar, 2004, p. 17) Las “malas madres” son descritas como flojas, descuidadas

en la educación del infante, y suelen darle prioridad a intereses personales o carrera profesional.

Otro encuadre acerca de la maternidad (muy relacionado con las percepciones de "buenas madres" y "malas madres") fue planteado por Sharon Hays, a finales de los años noventa. Hays (1998) desarrolla el concepto de maternidad intensiva, entendida como la dedicación exclusiva de las mujeres al "desarrollo natural del niño y el cumplimiento de sus deseos", por lo tanto, la crianza se intensifica, los cuidados son más absorbentes, y se replica la idea naturalizada de sacrificio por los otros. La práctica de maternidad intensiva le demanda a la mujer la protección y preservación de valores en el infante, y libera a los hombres del trabajo de crianza, y al mismo tiempo, "le sirve al Estado para garantizar que la educación de los futuros ciudadanos se realizara con todo tipo de garantías y sin realizar necesariamente demasiados gastos". (Lozano Estivalis, 2001, p. 234)

La autora estadounidense, Sharon Hays (1998), identifica 3 elementos en su modelo de maternisad intensiva: 1. Las madres son consideradas las responsables principales de la crianza de los hijos, 2. Las labores de cuidado se centran en el niño y 3. La crianza va dirijida por consejos de expertos, lo cual supone un alto coste económico. Su planteamiento coloca a la maternidad como un ejercicio que orilla a las mujeres a mantenserse en casa e invertir grandes cantidades de energía física, moral, mental y emocional en la crianza de los infantes, no obstante, para Hays: "Esta forma de maternidad no es ni natural por sí misma ni, en un sentido absoluto, necesaria; es una construcción social. En otros tiempos y lugares, métodos más sencillos, que consumen menos tiempo y energía, se han considerado adecuados, y la madre no ha sido siempre y en todas partes la principal encargada de cuidar al niño." (Medina Bravo et al., 2014)

Desde una visión conservadora, la práctica antagónica a la maternidad es el aborto, si las mujeres deciden no ser madres –por cualquier razón– son blanco de múltiples estigmas porque se niegan al mandato natural. (Romero Guzmán et al., 2020, p. 158) Las personas que deciden interrumpir su embarazo(s) se perciben inferiores a los ideales de ser mujer y son confinadas a las categorías de promiscuas, libertinas o locas. "En esta concepción, la mujer embarazada ya es madre, el feto es hijo, y el aborto es un homicidio. Las mujeres que han abortado son vistas como locas malas, en apariencias, porque atentan mortalmente con lo que se considera el ser más indefenso." (Lagarde, 2015, p. 544)

Dentro del marco conservador también se construyen discursos sobre "abortos buenos" y "abortos malos". Pam Lowe (2016) refiere que los "abortos buenos" se plantean como casos excepcionales y se proyecta el aborto en sí mismo como una práctica

“difícil” y “dolorosa”. En este marco las mujeres necesitan tener “buenas razones” para interrumpir su embarazo, como diagnósticos de anomalías fetales, pobreza o violación sexual, de esta manera son aceptables porque la mujer se coloca como una protectora del infante que está dentro del útero. “El aborto se construye como un “objeto de duelo” o una intervención “excepcional” realizada en situaciones de “necesidad” o momentos de “crisis”.” (O’Shaughnessy, 2022, p. 240) Por otro lado, los “abortos malos” son aquellos que se practican cuando los métodos anticonceptivos fallan o no se usan. En estos casos se percibe que la mujer antepone su vida frente al feto y no está justificada la interrupción del embarazo.(Lowe, 2016)

El marco conservador que enumera circunstancias aceptables para la práctica del aborto genera, principalmente, dos problemáticas. De primer momento, no se combaten los estigmas y prejuicios que categorizan a las mujeres que abortan como seres irresponsables de su salud reproductiva, mas bien se les mantiene como personas promiscuas y descuidadas si no cuentan con una razón aceptable para llevar acabo su interrupción del embarazo. Como señala Lowe (2016), el aborto se conserva como algo “malo” que las personas “buenas” entienden, en ciertas ocasiones, como algo necesario. En segundo lugar, esta visión conservadora coloca a los servicios del aborto como un “otorgamiento político y legislativo benevolente”, la idea del aborto como un “regalo” u “oportunidad” a las mujeres que “sufren” implican lógicas de clasismo y paternalismo. (O’Shaughnessy, 2022, p. 240) A las mujeres no se les reconoce como ciudadanas con derechos, si no como usuarias que necesitan de la protección del Estado y de las instituciones de salud.

Contrarios a los marcos interpretativos acerca de la maternidad y el aborto que se han mencionado hasta el momento, a partir de 1960, las feministas expusieron con mayor énfasis los quehaceres privados como temas políticamente relevantes, exhibieron vivencias íntimas que ponían en tela de juicio la denominada “felicidad materna” y el binomio mujer=madre. “Simone de Beauvoir (1949) es la primera que de una mera explícita pone en duda la presunta naturalidad de las conductas maternales y la que propone situarlas en el campo de la cultura.” (Juliano, 2004, p. 46) Estudiosas como Elisabeth Badinter plantearon al amor maternal como un sentimiento humano que puede ser incierto, frágil e imperfecto, por lo tanto, no podía categorizarse como una cualidad que esté inscrita exclusivamente en la naturaleza femenina, mas bien cada persona vive la maternidad de manera distinta según su contexto social, económico y emocional. Para

la antropóloga Dolores Juliano, el modelo de amor maternal es una actividad altruista que tiene nula relación con los instintos naturales:

> "El modelo del amor maternal se caracteriza por el cuidado continuado, la postergación de los propios proyectos y la atención a los deseos y necesidades del otro. Es una actividad altruista que implica opciones constantes y que no tiene nada en común con las conductas estereotipadas relacionadas con los instintos." (Juliano, 2004, p. 52)

La autora mexicana Cristina Palomar es precisa al aclarar que, "la maternidad supone ciertos procesos biológicos innegables, pero es vivida, en términos colectivos y también subjetivos, desde la oscuridad de las tradiciones y las costumbres." (2004, p. 13) Es así como, a pesar de que la reproducción biológica se da en el cuerpo femenino, el embarazo, la maternidad y el aborto se vive de acuerdo con las costumbres sociales particulares de cada persona gestante. El movimiento feminista plantea a la maternidad y también al aborto como una elección, como una decisión que debe darse en un contexto libre y autónomo, lo cual implica que la persona gestante reconozca su autonomía reproductiva y se apropie de su cuerpo. Esto no significa estar en contra de la maternidad, más bien se propone el ser madre como una opción que puede o no darse según los intereses personales de cada mujer, es decir, "el no quiero dar la vida de Rosario Castellanos es la afirmación contundente de mujeres que al rechazar ser vitalmente de otros, se afirman y construyen una voluntad nueva, una nueva identidad.". (Lagarde, 2015, p. 547)

1.4 Derechos sexuales y reproductivos: autonomía reproductiva y anticoncepción

Los significados sociales acerca del uso de métodos anticonceptivos, autonomía reproductiva o la práctica de aborto están en constante evolución y aplican de manera diferenciada según el sexo y época. "El comportamiento reproductivo de las mujeres obedece tanto a razones subjetivas como a motivos culturales e ideológicos, influidos por el momento histórico y el contexto social." (Rostagnol, 2012, p. 200) Las construcciones culturales reconocen y asignan distintos atributos sexuales a los seres humanos según su biología, las diferencias en los cuerpos definen las actitudes y comportamientos esperados por cada sexo. Definirse como mujer u hombre dentro de la hegemonía patriarcal implica ocupar determinado lugar en la realidad, e incluso tener determinadas prácticas sexuales. Desde este sistema, el cuerpo de las mujeres se ha colocado como un cuerpo para los otros, un cuerpo que se entrega al hombre o un cuerpo que sirve para procrear a otros, esto reduce a las mujeres a la actividad de reproducción y las eliminan como un sujeto con derechos políticos y sociales.

Bourdieu explica que las mujeres son aquellas que “socialmente” han sido preparadas para vivir la sexualidad como una experiencia íntima y cargada de afectividad, mientras que los hombres conciben a la sexualidad como un acto orientado a la penetración y al orgasmo. (1998, p. 37) “En tanto el valor socialmente asignado a las mujeres devenía de su aparato reproductivo, el disciplinamiento de sus cuerpos se volvió central para mantener el control sobre la reproducción.” (Rostagnol, 2012, p. 215) Fue a partir de la década de 1970, cuando iniciaron las luchas por el reconocimiento de derechos y libertades en torno a la sexualidad, en especial, dos movimientos fueron portadores de demandas emancipadoras: el movimiento feminista y el movimiento homosexual, liderado por expresiones gay y lésbica. (Tamayo, 2001) En estos se demandaron cuestiones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo, ejercicio de la sexualidad libre de violencia y la elección de parejas del mismo sexo sin discriminación.

De acuerdo con Barbieri, Correa y Petchesky el término de derechos reproductivos surge en 1979, con la creación de la organización estadounidense Red Nacional por los Derechos Reproductivos (RDNR), quienes impulsaron la campaña por los Derechos al Aborto en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud, en Amsterdam, en 1984. (Tamayo, 2001, p. 38) No obstante, fue hasta la década de 1990 cuando se reconoció oficialmente el derecho de las mujeres a controlar su fertilidad, a través de la Convención Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo y la IV Conferencia Mundial de la Mujer de 1995, de la cual emergió la Plataforma de Acción de Beijing (PAB).

Desde la CIPD se comenzó a producir un nuevo paradigma de población que incorporó los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género. Los tratados internaciones de derechos humanos recomendaron a los Estados proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, de tal manera que se respete los principios de dignidad, autonomía, intimidad y confidencialidad. La anticoncepción se planteó como un servicio con beneficios para la salud, pues da lugar a una disminución de mortalidad y morbilidad materna e infantil. En especial, resulta beneficiosa para las adolescentes, las cuales tienes mayores riesgos durante el embarazo y se ven obligadas a abandonar su educación, lo cual desemboca escenarios de pobreza y niveles inferiores de instrucción.

La anticoncepción les posibilita a las personas vivir su sexualidad de manera no procreativa, “el vocablo ‘anticoncepción’ puede ser definido como acción y efecto de impedir la concepción, en tanto ‘anticonceptivo’ supone un medio, una práctica o un

agente que evita el embarazo." (Rostagnol, 2012, p. 209) Las prácticas anticonceptivas permiten regular la fecundidad y construir un proyecto de vida donde tal vez sí, o tal vez no, se contemple la concepción de infantes. Brindan la libertad de elegir, pero el proceso de elección puede verse envuelto en negociaciones, preocupaciones o dimensiones sentimentales con parejas, amistades o familiares. Ana María Tepichin (2009, p. 120) afirma que la autonomía no depende solo de los deseos del individuo, influyen factores económicos, sociales y culturales. Por lo tanto, la autora plantea al consentimiento legítimo como concepto clave para analizar la autonomía de las mujeres, pues de esta manera, es posible estudiar las posibles alternativas en la toma de decisiones: "sin alternativas, no hay elección legítima". (Tepichin, 2009, p. 120)

Al estudiar la autonomía de las mujeres es importante indagar si ellas podían cambiar, rechazar o renegociar los arreglos. Si las mujeres podían modificar o rechazar el arreglo se estaría hablando de un consentimiento genuino, en cambio, si las mujeres no tenían una segunda opción el consentimiento no es legítimo, también clasificado como "consentimiento formal". Tepichin Valle lo ha planteado así: "el consentimiento legítimo es la base de arreglos en donde los participantes tienen las condiciones para establecer sus propios términos, cambiarlos o negociarlos. […] Refleja una capacidad para elegir." (2009, p. 120) Esta concepción de autonomía desde un consentimiento legítimo, elimina decisiones "deseables", y se concentra en las alternativas posibles y en las condiciones que moldean la toma de decisiones.

En ese sentido, las decisiones en materia anticonceptiva no son acciones mecánicas, las mujeres necesitan de otros recursos económicos y culturales para construirse y reconocerse como una persona libre, como una persona con autonomía reproductiva. Para un ejercicio libre de derechos sexuales y reproductivos es necesario que el Estado se abstenga de interferir en el disfrute de la sexualidad, y en cambio, promueva, protega y garantice el derecho a la educación y acceso a la información, y así, la ciudadanía conozca y sea consciente de alternativas anticonceptivas, en las cuales debe estar incluida la Interrupción Legal del Embarazo (en el caso de la Ciudad de México).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) remarca que las autoridades gubernamentales, subscritas a los tratados internacionales, están obligadas a establecer medidas institucionales y procedimientos médicos que permitan el goze de los derechos. El acceso y uso de métodos anticonceptivos facilita que las mujeres y personas con capcidad de gestar puedan "tomar el control de su sexualidad, salud y reproducción, lo que contribuye a lograr una vida sexual satisfactoria." (OMS, 2014, p. 5)

Estudiar el aborto como un derecho humano, en específico como un derecho reproductivo, implica reconocer que los derechos humanos son propiedad del ser humano y no hay necesidad de cumplir con alguna característica adicional, basta con la cualidad de ser persona. Estos no se conceden ni son aspiraciones, se reconocen y son normas imperativas expresadas como obligaciones, su desarrollo es dinámico y se van configurando de acuerdo con la detección de experiencias inaceptables. Es responsabilidad de los gobiernos respetar, promover y adoptar políticas y medios que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir, además de identificar patrones que posibiliten situaciones de desventajas o violación.

Capítulo 2. Política pública sobre el aborto en México

En América Latina el derecho a decidir sobre su propio cuerpo se ha planteado como un asunto de justicia social, como un problema de salud pública y como un derecho humano. En México la práctica del aborto vista como un problema público que debe ser atendido por el Estado se remonta a los años treinta, no obstante, las políticas públicas en la materia han sido de carácter incremental, esto debido a que cada entidad de la república tiene las facultades legislativas para determinar qué causales de aborto son punibles.

Hasta el 2022, a nivel nacional, solo se cuenta con la Norma Oficial Mexicana-46, la cual permite interrumpir voluntariamente el embarazo cuando es resultado de una violación. No obstante, en septiembre del 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) emitió un fallo donde determinó inconstitucional criminalizar la interrupción voluntaria del embarazo. La SCJN impugnó el artículo 196 del Código Penal de Coahuila que establecía una pena de prisión a la mujer que voluntariamente practicara su aborto, pues vulnera el derecho de la mujer y de las personas gestantes a decidir libremente sobre su vida y cuerpo. "Nunca más una mujer ni una persona con capacidad de gestar deberá ser juzgada penalmente. Hoy se destierra la amenaza de prisión y el estigma que pesa sobre las personas que deciden libremente interrumpir su embarazo", declaró el ministro Luis María Aguilar, autor del proyecto. (BBC News Mundo, 2021)

La primera entidad en legislar la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es la Ciudad de México en el 2007, doce años después Oaxaca se suma a la Marea Verde y se convierte en el segundo estado en legislar el aborto por libre decisión de la mujer hasta las 12 semanas de gestación (2019). En el 2021 ondearon los pañuelos verdes Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Baja California y Colima. Y durante el 2022 los estados de Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Quintana Roo legislaron a favor de la autonomía reproductivas de las mujeres. Hasta la fecha de esta investigación, el aborto por libre voluntad de la mujer dentro de las primeras 12 semanas de gestación es legal en 11 de las 32 entidades que conforman la República Mexicana.

A continuación, con el fin de contextualizar históricamente este estudio, se realiza un breve recorrido de los movimientos y luchas feministas por el derecho a decidir en México. En la segunda parte se aborda la legalización de la ILE en el año 2007 en el Distrito Federal, actualmente Ciudad de México. Adicionalmente, se enuncian los últimos avances y retrocesos de la Marea Verde a nivel nacional.

2.1 Movimiento feminista por el derecho a decidir

En la República Mexicana el aborto estaba regulado a través del Código Juárez, en este se definía al aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez, solamente el aborto no era punible cuando se practicara para salvaguardar la vida de la mujer o fuera resultado de imprudencia de la mujer embarazada, es decir, por accidente. En 1931 el Código Juárez fue sustituido por el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, en este se agregó a nivel nacional una tercera excluyente de castigo penal, el aborto no sería castigado cuando el embarazo fuera producto de una violación. (Código Penal Federal, 1931) La no penalización del aborto por violación significó un avance indiscutible, sin embargo, los artículos referentes al aborto en Código Penal se han mantenido intactos desde 1931, y aunque la mayoría de las entidades federativas adoptó las tres causales que marca el ordenamiento jurídico federal, cada Congreso Local determina las excluyentes de responsabilidad penal o causales de no punibilidad en su Código Penal Estatal. Hasta el año 2022, existen diez posibles circunstancias bajo las cuales no se castiga o no se considera como un delito la interrupción voluntaria del embarazo (Ipas México, 2022b):

1. Cuando el embarazo es productos de una violación sexual.
2. Cuando la continuación del embarazo perjudica la salud de la persona gestante.
3. Cuando el embarazo representa un riesgo para la vida de la mujer.
4. Cuando el producto presenta alguna malformación congénita grave.
5. Cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no autorizada por la mujer.
6. Cuando el aborto se dio de manera imprudencial, es decir, de manera involuntaria.
7. Cuando la economía precaria de la mujer de agrava si continua con el embarazo.
8. Por libre decisión de la mujer.
9. Cuando alguna autoridad hubiese negado el servicio de interrupción legal del embarazo en las primeras doce semanas de gestación.
10. Cuando el personal médico o de enfermería hubiese omitido información sobre el derecho a interrumpir un embarazo de manera legal y segura en las primeras doce semanas de gestación a la persona gestante.

Después de la reforma de 1931, regresó el debate sobre el aborto en 1936, con la Convención de Unificación Penal celebrada en el Distrito Federal, evento que tenía la finalidad de subsanar las diferencias entre los ordenamientos estatales. Ofelia Domínguez Navarro en su ponencia "Aborto por causas sociales y económicas", describía al aborto como un problema que debía ser atendido desde la salubridad pública y no a partir del derecho penal, propuso que el Estado se encargara de regular y controlar la práctica del aborto. (Lamas, 2009, p. 156) No obstante, en ese contexto restrictivo y penalizador no era fácil impulsar un abordaje sistemático sobre el tema, se carecían de estadísticas confiables, ya sea porque las mujeres que tenían un aborto no lo declaraban por miedo a posibles sanciones legales o morales, o por posibles sanciones hacia los servidores de salud que practicaran la interrupción del embarazo, por lo tanto, el debate retrocedió nuevamente y las demandas del Frente Único Pro Derechos de la Mujer se centraron en el sufragio femenino. (Tarrés, 1993, p. 368)

La discusión sobre la práctica del aborto se ha dado, principalmente, entre dos grupos; por un lado, se encuentran las personas anti-aborto o también conocidas como anti-derechos, lideradas por la jerarquía de la Iglesia Católica, así como obispos, sacerdotes, comunidades conservadoras y organizaciones autodenominadas "Pro-vida", y apoyados principalmente por el Partido Acción Nacional (PAN). Esta comunidad lucha por mantener las restricciones legales que penalizan la interrupción del embarazo, fundamentan sus creencias en la defensa de la vida del feto, difunden un discurso donde intentan defender "la vida del más débil". (Tarrés, 1993, p. 366) Su principal argumento es el categorizar al embrión como una persona, "personifican" al feto utilizando recursos lingüísticos como "el niño", "el hijo", "el bebé". (Lista, 2018, p. 87) Determinan al aborto como una decadencia moral y lo categorizan como un asesinato, crimen o delito.

> "La posición de la iglesia Católica frente al aborto se ha mantenido estable desde 1869 con la publicación de la *Apostólica Sedis* de Pío Ix, donde se considera a la terminación del embarazo como homicidio –bajo cualquier circunstancia y en cualquier momento de la gestación–, y se define al aborto como pecado grave y causa de excomunión." (Maier, 2007, p. 33)

Desde esta visión los casos de aborto son presentados con tónicas negativas, se perciben como un hábito de irresponsabilidad y los motivos que determinaron esa decisión son trivializados o minimizados. "La percepción antiabortista es altamente dramática, con frecuentes sobretonos emocionales, condenatoria y absolutista. […] la interrupción voluntaria del embarazo es definida como un crimen, como un acto "cruel",

“horrible” y “extremo”, porque se está sacrificando a un inocente.” (Lista, 2018, p. 87) Asimismo, desaprueban el uso de anticonceptivos, la educación sexual en la adolescencia y el uso de la píldora de emergencia, sus discursos promueven la censura de prácticas sexuales contrarias a las doctrinas católicas.

Al otro extremo se encuentra la coalición pro-elección, conformada por activistas feministas, organizaciones de la sociedad civil, personal médico, psicólogas, escritoras, académicas, periodistas, sacerdotes y personas católicas pro-aborto (organizaciones como Católicas por el Derecho a Decidir), las cuales han contado con el apoyo del Partido Comunista Mexicano (PCM), el Partido Revolucionario Institucional (PRI), el Partido de la Revolución Democrática (PRD) y más recientemente del Partido Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA). Estos grupos defienden el “derecho de las mujeres a elegir la maternidad, el acceso libre a la anticoncepción, y al aborto como último recurso para ejercer su libertad.” (Tarrés, 1993, p. 366) Esta coalición ha reflejado una evolución en sus argumentos políticos de lucha, en un inicio resaltaron las consecuencias en la salud de la mujer derivadas de la práctica de abortos en contextos clandestinos, y más adelante defendieron el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo desde un marco de derechos reproductivos. (Tarrés, 1993, p. 367) En sus discursos el feto pierde centralidad porque no se le considera persona, en cambio, emerge la mujer embarazada con un estatus de persona con derechos; así, se ponderan los deseos e intereses personales de la mujer, y la imagen de una persona “irresponsable” es remplazada por la de una persona capaz de elegir su destino. (Lista, 2018, p. 88)

Ambos grupos se han enfrentado a lo largo de los años, han creado diversas estrategias y han buscado aliados para restringir o legalizar los servicios de aborto en el país. Sin embargo, en la década de 1970, con el feminismo de la segunda ola renació en el campo público el reclamo al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, de la mano de diversas colectivas que formaron la Coalición de Mujeres Feministas bajo el lema “Lo personal es político”. Las feministas Mujeres en Acción Solidaria (MAS) y Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) demandaron públicamente una “maternidad libre y voluntaria”, plantearon a la maternidad en un marco de “elección”, y no como “el destino” de las mujeres. De este modo, sus argumentos describían a las mujeres como sujetos de derechos en sus capacidades reproductivas. (Amuchástegui & Flores, 2013)

La primera conferencia pública donde se planteó el derecho al aborto como un asunto de justicia social se dio en noviembre de 1972, en la escuela Cipactli; la segunda se celebró en 1973; y una tercera se realizó en 1974. Los eventos abordaron la defensa de la

“maternidad voluntaria” a partir de cuatro ejes: educación sexual a niños, mujeres, personas indígenas, jóvenes; acceso a métodos anticonceptivos económicos y seguros; opción de aborto como último recurso; y la no esterilización de las mujeres sin su consentimiento. Dos años después, en 1976, se celebró la Primera Jornada Nacional sobre Aborto, allí la problemática de abortos clandestinos adquirió fuerza en la agenda pública debido a los miles de muertes de mujeres por esta causa; participaron médicos, psicólogos e inclusive un sacerdote que se declaraba a favor del derecho a decidir. (Lamas, 2015, p. 19)

Frente a estas demandas, a finales del mandato de Luis Echeverría Álvarez, el gobierno decidió reconocer a la práctica del aborto en contextos clandestinos como un problema público y se formó el Grupo Interdisciplinario del Aborto (GIA) en 1976, impulsado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), dependiente de la Secretaría de Gobernación. GIA estaba conformado por más de 80 especialistas, el tema fue analizado por demógrafos, economistas, psicólogos, médicos, abogados, antropólogos, filósofos, un sacerdote católico, un pastor protestante y un rabino judío. En conjunto señalaron al aborto como la tercera o cuarta causa de muerte materna, pero el gobierno no dio a conocer públicamente las conclusiones.[1] (Lamas, 2015, p. 19)

Ante la muestra de desinterés por parte de las autoridades gubernamentales, en 1976 los grupos feministas se aglutinaron y formaron la Coalición de Mujeres Feministas (CMF), se propusieron fortalecer la lucha por la despenalización del aborto, rechazar la violencia contra las mujeres y defender libertad sexual. (Lamas, 1992, p. 11) La CMF planteó que la despenalización del aborto no era suficiente porque no garantizaba que fuera accesible para la mayoría de las mexicanas (por la situación de pobreza de gran parte de la población), por lo tanto, los servicios de aborto debían ser legales y también formar parte de los servicios de salud públicos. La Coalición adoptó el lema: “Por un aborto libre y gratuito.” Dichas demandas las plasmaron en un proyecto de ley feminista que fue entregado a la Cámara de Diputados, pero el PRI no dio respuesta oficial y de manera inmediata congeló el proyecto (en ese periodo el contacto con el Poder Legislativo solo se daba a través de políticos/as priistas).

El debate sobre el aborto en la opinión pública fue impulsado por el periodista Carlos Monsiváis, a través de tres artículos en el suplemento “La Cultura en México” de la

[1] Aunque el gobierno no publicó la resolución, varios participantes escribieron posteriormente al respecto, señalaron que GIA se había pronunciado a favor de la eliminación de sanciones penales cuando el aborto fuera voluntario y por la creación de normas técnicas sanitarias para ofrecer el servicio. (Lamas, 2017)

revista *¡SIEMPRE!*: “La organización médica y el aborto”, “El aborto y la prensa” y “El aborto en México”. Monsiváis también impulsó el manifiesto “Por la legalización del aborto” firmado por más de 200 personajes de la esfera intelectual, artística y feminista. El escritor fue un aliado importante en el movimiento feminista, realizó diversas críticas al machismo y analizó cómo la visita del Papa a México colocó al Vaticano como el adversario más fuerte del feminismo. (Lamas, 2015, p. 20) Asimismo, uno de los eventos que mayor impacto tuvo en la opinión pública fue la marcha de mujeres enlutadas organizada en el día de las madres de 1978, por el Movimiento Nacional de Mujeres, en memoria de las personas que perdieron la vida por abortos practicados en entornos que no cumplen con las normas médicas mínimas o fueron realizados por personas sin la capacitación necesaria. (Lamas, 2017, p. 16)

Tres años después, la CMF ganó adeptos con los sindicalistas (STUNAM y SITUAM) y con militantes de partidos de izquierda (Partido Comunista Mexicano y Partido Revolucionario de los Trabajadores), y formaron el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM). El FNALIDM creado en 1979 se propuso reformar el proyecto de ley presentado en 1977, sus debates se centraron en el plazo máximo permitido para practicar la interrupción del embarazo. Había tres posturas: 1) la mujer debería poder interrumpirlo en el momento que ella quisiera, 2) se debería limitar a los tres meses y, 3) cinco meses, el periodo que la Organización Mundial de la Salud había fijado para diferenciar entre “aborto” y “parto prematuro”. (Lamas, 2015, p. 21) En la propuesta final titulada “Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria” colocaron el límite de cinco meses, y también abogaban por la necesidad de asegurar la prestación del servicio gratuito en óptimas condiciones sanitarias, suministrado por el Estado. (Tarrés, 1993, p. 375) Sin embargo, el proyecto fue ignorado una vez más y nuevamente fue archivado.

En el marco de estas constantes iniciativas feministas, el Comité Nacional ProVida se estableció en México en 1978, definiéndose como una asociación civil “que protege la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, de toda persona, sin distinción de raza, sexo, edad, grado de perfección o nivel socioeconómico”. (Provida, n.d.) Su principal argumento fue, y sigue siendo, el categorizar al embrión como un ser vivo con derechos plenos. (Monsiváis, 1991, p. 82) En sus primeros años lanzaron una fuerte campaña en contra del Partido Comunista Mexicano en distintos espacios públicos del Distrito Federal y en las capitales más importantes del país:

> "Tres carteles fueron los que más circularon: el primero tenía las fotografías de los diputados de la Coalición de Izquierda y el lema: "Éstos son los que quieren legalizar el infanticidio"; otro se ilustraba con fotografías de un crimen de guerra y un feto, y agregaba la frase: "En los países que ya tienen dominados, los comunistas asesinan legalmente así; y este asesinato pretenden legalizar en los países que buscan dominar". El último, a todo color, mostraba una fotografía sanguinolenta de un feto destrozado con la leyenda: "Aborto: un crimen más del Partido Comunista" (Lamas, 2015, p. 44)

La nula respuesta a las dos iniciativas de ley pro-aborto provocaron que el activismo feminista entrara en recesión y no lograra organizarse en 1983, cuando la presidencia de Miguel de la Madrid presentó una propuesta para reformar el Código Penal de 1931 respecto a las sanciones legales al aborto. La iniciativa proponía la despenalización de la interrupción del embarazo cuando se practicara dentro de los primeros 90 días de gestación, pero "se debía demostrar que los métodos anticonceptivos fallaron, que el producto padecía alteraciones genéticas o congénitas o que el embarazo era producto de violación". (Tarrés, 1993, p. 376) De la Madrid se mostró a favor de la despenalización del aborto desde su campaña electoral, expresó públicamente que el derecho al aborto debía ser una opción para las mujeres porque protegía su libertad y salud, sin embargo, su reforma también fue rechazada. (Ulloa, 2020, p. 29)

La problemática del aborto retornó a la arena de la opinión pública durante la campaña electoral de Salinas de Gortari, con el cierre de una clínica donde se realizaban abortos clandestinos en el Estado de México. El 16 de marzo 1989, policías de la Dirección Federal de Seguridad, a cargo de Miguel Nazar Haro, hicieron una detención violenta, torturaron a las mujeres y al personal de salud que se encontraba en el lugar. (Tarrés, 1993, p. 377) El aborto llegó a la población desde el eje de violación de los derechos humanos y como un problema de salud pública[2]:

> "Los judiciales los llevaron a los separos de Tlaxcoaque y los torturaron. A los pocos días una detenida decide denunciarlos. Esta vez, la violación de los derechos humanos de los detenidos es el elemento central que configura una reacción diferente: la Iglesia interviene menos y la sociedad expresa su indignación en defensa de las mujeres víctimas de la policía." (Lamas, 1992, p. 14)

Mientras el movimiento feminista retrocedía, la red de grupos conservadores fue ganando terrero. En agosto de 1989, se fundó el Centro de Ayuda para la Mujer (CAM)

[2] La clausura violenta de la clínica se mantuvo en la agenda pública alrededor de dos meses. El tema de pronunció durante el VI Encuentro Nacional Feminista en la Universidad de Chapingo, en Chiapas, con el fin de analizar y remarcar los contextos de las mujeres en cada Estado de la República. (Lamas, 2015, p. 27)

en México, bajo el liderazgo de Jorge Serrano Limón presidente del Comité Nacional ProVida. CAM se dedica a convencer a las mujeres que desistan de abortar y "opten libremente por la aceptación de su maternidad". De la mano de *Human Life International* y su sección hispana, Vida Humana Internacional, dicen promover la salud y el bienestar de la mujer en Latinoamérica a través de servicios de asistencia y educación. (CAM, n.d.) Sin embargo, esta asociación se ha caracterizado por difundir anuncios y mensajes engañosos, desinformar a las mujeres acerca de los procedimientos médicos para llevar una interrupción de embarazo y fomentar sentimientos de culpa, miedo e incertidumbre. Actualmente, en su página oficial informan tener presencia en 19 países de América y contar con 200 CAMs.[3]

Durante el sexenio Salinas de Gortari (1988-1994) se construyeron fuertes alianzas entre el Estado, el sector empresarial y la Jerarquía de la Iglesia Católica. En 1990 la Santa Sede instó a la jerarquía católica mexicana a defender la legitimidad de su participación en la vida pública del país. Bajo este objetivo, miembros de la Conferencia del Episcopado Mexicano recomendaron a la Secretaría de Gobernación modificar el artículo 130 de la Constitución con el fin de eliminar las limitaciones de participación hacia las instituciones religiosas. Esta iniciativa fue aceptada por la presidencia en 1991, fue nombrada "Acuerdo de mutua tolerancia" y con ella se les permitió a las iglesias realizar pronunciamientos públicos acerca de la situación política y social del país. De esta manera las iglesias obtuvieron voz en los medios de comunicación y se les facilitó la creación de programas sociales a través del PAN. La jerarquía católica expresó su posicionamiento respecto a la defensa de la vida desde la concepción, la defensa de la familia, el derecho de los padres de familia para decidir sobre la educación que reciben sus hijos, la libertad religiosa y el rechazo a la eutanasia. (Ulloa, 2020, pp. 33–34)

Por su parte, el movimiento feminista, en los años noventa, dejó a un lado el debate de quiénes están "a favor" o "en contra" del aborto, y se interrogó sobre quiénes pueden tomar la decisión o no de interrumpir un embarazo, la frase "el derecho a decidir" fue la principal bandera para promover el derecho al aborto. (Amuchástegui & Flores, 2013) Desde esta perspectiva unieron fuerzas e intentaron respaldar la reforma pro-aborto impulsada por el Congreso de Chiapas a finales de 1990. Los diputados chiapanecos propusieron anexar tres excluyentes de responsabilidad penal en su territorio: si lo solicitaba una pareja con fines de planificación familiar, si lo pedía una mujer soltera o

[3] https://www.camslatinoamerica.com/nosotros.html

por razones económicas. Con el fin de impulsar la iniciativa se congregaron 62 organizaciones de la sociedad civil y fundaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto. Su primer acto público se dio el 15 de enero de 1991, decenas de mujeres adoptaron el lema "Yo he abortado" y salieron a marchar hasta la sede de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, donde entregaron un escrito que marcaba la opción de interrumpir un embarazo como un derecho humano de las mujeres. (Lamas, 2015, pp. 28–30)

El caso de Chiapas y el tema del aborto llegó por primera y única vez[4] a la televisión nacional el 15 de febrero de 1991, en el canal 9 de Televisa dentro del programa “Usted, ¿qué opina?” conducido por Nino Canún. Participaron como defensores de la vida desde la concepción representantes de ProVida y del PAN; y desde la postura feminista se presentó Amalia García Diputada por el PRD, la activista Marta Lamas, un psicoanalista y un sexólogo. Este debate sería insólito por lo controversial del tema, el cual fue transmitido por seis horas en el “Canal de la Familia Mexicana”. (Lamas, 2015, p. 30)

Los actos públicos que reclamaban continuar con la reforma en materia de aborto siguieron por unos meses, en mayo el FNMV hizo un plantón en la sede del gobierno de Chiapas en la Ciudad de México, y en junio impulsaron el Primer Foro Nacional por la Maternidad Voluntaria en Chiapas. Además, realizaron múltiples conferencias de prensa sobre la maternidad voluntaria. Sin embargo, esta propuesta fue clasificada como un “tanteo” por parte del gobierno para conocer la reacción de los mexicanos hacia el tema del aborto. (Lamas, 2015, pp. 28–30)

En 1994 el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) de Chiapas se sumó al movimiento feminista con la proclamación de la Ley Revolucionara de las Mujeres, donde reconocían el derecho de las mujeres en participar en la esfera política y a decidir sobre distintos aspectos de su vida privada: elección del cónyuge, número de hijos y elección de trabajo remunerado; también condenaban la violencia física y sexual hacia las mujeres. El movimiento zapatista despertó el interés de activistas, campesinas, indígenas, políticas, académicas, escritoras, entre otras, de 19 estados. Formaron la Convención Nacional de Mujeres (CNM) e impulsaron foros en los años 1994 y 1995. Sin embargo, la CNM no fue invitada a los Acuerdos de San Andrés sobre Derechos y Cultura Indígena, celebrados el 16 de febrero de 1996, entre el Gobierno de México y el

[4] Este fue el único debate transmitido por TV en la época porque los empresarios católicos amenazaron con retirar sus contratos de publicidad de las cadenas televisivas.

EZLN. En su ausencia realizaron un documento argumentando la necesidad de introducir la perspectiva de género en el debate, pero no recibieron atención y optaron por prepararse para la Conferencia de El Cairo. (Lamas, 2015, pp. 43–45)

La discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se desarrolla en la arena internacional, por primera vez, en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994; y en la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer y la Plataforma de Acción de Beijing, en 1995. En estos eventos se rompió con las temáticas acerca de la población mundial y procesos migratorios abordados en Bucarest 1974 y en México 1984. En cambio, se realzó el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en particular su capacidad para decidir sobre su fecundidad, como estrategia importante para mejorar la calidad de vida. En los preparativos de la CIPD la Dra. Nafis Sadik, directora del Fondo de Población de la ONU, propuso poner énfasis en el derecho de las mujeres de controlar su reproducción, marcó la necesidad de ampliar los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva con el fin de introducir la legalización del aborto.

Este enfoque fue mal visto por la Santa Sede y calificaron la propuesta como un “proyecto de muerte”, incluso algunos obispos hablaron con los Presidentes de distintos países para señalarles que sus delegaciones oficiales estaban tomando posturas equivocadas respecto a la estructura de la familia y la sexualidad de los y las adolescentes. (Lamas, 2015, p. 46) Ante las constantes presiones de la Santa Sede, la Asamblea del Pleno declaró que “una iglesia no puede monopolizar la ética y la moralidad.” (Lamas, 2015, p. 76) Como respuesta a dicho pronunciamiento la iglesia católica comenzó una campaña mediática con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública y siguió teniendo contacto con algunos Gobiernos, de esta manera logró que el presidente de Argentina, Carlos Menem, instaurara el día de la Anunciación a la Virgen María (25 de marzo) como el Día del No Nacido. (Lamas, 2015, p. 46) Dentro de la campaña para imponer su visión tradicional, el Papa Juan Pablo II, marcó a la maternidad como el “papel natural” de las mujeres y clasificó al aborto como un asesinato de inocentes. El 24 de abril de 1994, el Papa beatificó a dos mujeres por ser consideradas "modelos de perfección cristiana", las describió como madres valientes que se dedicaban de tiempo completo a su familia. La primera padecía cáncer uterino, pero se negó a recibir el tratamiento porque eso significaba la muerte del producto, después murió y dejó a cuatro hijos huérfanos. La segunda mujer beatificada fue por mantener su matrimonio, aunque su marido abusaba

físicamente de ella. (Lamas, 2015, pp. 49–50) De alguna manera el Papa proyectó que solo una mala madre preservaría su propia vida o bienestar.

Finalmente, los actos conservadores no tuvieron impacto y el aborto fue un tema central de la CIPD, se incluyeron términos como género y *empowerment*, los cuales ayudaron a eliminar a las mujeres como “hembras paridoras” y las convirtió en sujetos de derechos. En la CIPD la Santa Sede envió a un grupo de obispos y curas en representación de El Vaticano, ellos calificaron como política criminal al aborto legal, sin embargo, la mayoría de los países representados aprobaron los capítulos referentes a derechos sexuales y reproductivos, excepto Irán y Malta. Ante esa derrota, El Vaticano decidió cambiar su estrategia argumentativa para la Conferencia de Beijing, sus representantes fueron mujeres y estaban lideradas por Mary Ann Glendo, una jurista reconocida por sus posturas contra el aborto. En ese escenario fueron claves las feministas de la organización Católicas por el Derecho a Decidir, ellas criticaron las posiciones fundamentalistas de El Vaticano e interrogaron su participación en la ONU, aseguraban que la presencia de la Santa Sede quebraba con la imparcialidad, neutralidad y laicidad a la que aspira las Naciones Unidas. (Lamas, 2015, pp. 50–51)

La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer y la Plataforma de Acción recuperó las demandas de la Conferencia de El Cairo, en especial el artículo 97 tuvo alta relevancia, donde se señala que, “El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos.” (ONU, 1995, p. 66) Se resaltó que el aborto realizado en condiciones inseguras, en contextos restrictivos y de penalización, era un grave problema, se hizo un llamado a los gobiernos para revisar las leyes que condenaban a las mujeres por tener un aborto. También se alentaron los financiamientos a proyectos que fortalecieran las iniciativas de las mujeres, impulsaran globalmente al feminismo y a los derechos de las mujeres, y recomendaron la instauración de centros académicos de investigación con perspectiva de género.

El Gobierno mexicano panista respondió esas solicitudes internacionales con la organización de tres foros titulados “Una perspectiva sobre el desarrollo de la mujer", los cuales se celebraron en el Distrito Federal, Guanajuato y Jalisco. Sin embargo, su convocatoria fue muy exclusiva, no se invitó a ninguna de las 250 ONG feministas presentes en el país. La mayoría de los participantes eran grupos conservadores que favorecieron la ideología del PAN, el 95% de las ponencias defendían la vida desde el

momento de la concepción. La selección amañada de los participantes demostraba el nulo interés por despenalizar el aborto. (Lamas, 2015, pp. 54–55)

A partir de diciembre de 1997, la coalición pro-elección percibió nuevas ventanas de acceso al sistema a través de los partidos PRD y PT. Cerca de 20 organizaciones crearon la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, para impulsar nuevas conversaciones con el candidato Cuauhtémoc Cárdenas, en el marco de su campaña por la Jefatura del Distrito Federal. También crearon la Coordinación Regional de la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, organizaron siete redes regionales que adoptaron los lemas "Las mujeres deciden, la sociedad respeta y el Estado garantiza", y "Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir". Asimismo, se impulsó la campaña "Acceso a la justicia para las mujeres", el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)[5] y otras 40 organizaciones de la sociedad civil diseñaron la tercera iniciativa pro-aborto, donde se proponía modernizar las causales de aborto en la capital. En esos momentos en el Distrito Federal el aborto no se penalizaba solo en tres casos: producto de una violación, cuando la vida de la mujer corriese peligro y cuando el aborto fuera imprudencial. La iniciativa anexaba tres causales: por malformaciones del producto, riesgo para la salud de la mujer y razones socioeconómicas graves. (Lamas, 2015, pp. 62–65)

El 28 de mayo de 1998 se hizo pública la propuesta, GIRE y los grupos involucrados consideraban que su proyecto sería aceptado porque solo se proponía homologar con las causales permitidas en otros estados. La petición causó cierta polémica con la invitación a generar un diálogo objetivo y plural, por parte del secretario de salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente, sin embargo, la iglesia católica no se interesó a participar, los medios de comunicación no invitaron a profesionales y las televisoras negaron espacios para el debate. Consecuentemente, el PRD no abordó el tema del aborto en su reforma al Código Penal con el fin de generar pactos "pacíficos" en otras cuestiones. (Lamas, 2017, p. 30)

La demanda de legalización del aborto volvió a regresar a la agenda pública por tres coyunturas públicas. La primera fue a finales de 1999 con el caso de Paulina, una adolescente de 13 años residente en Baja California que quedó embarazada tras ser víctima de una violación y le negaron su derecho de practicarse un aborto legal. En compañía de su madre y hermano denunció ante el Ministerio Público inmediatamente

[5] GIRE fue fundada por la activista feminista Marta Lamas en 1992, con el objetivo de divulgar información objetiva, científica y laica sobre el aborto en México. Conoce su trabajo en su web oficial: https://gire.org.mx

después del hecho, de esta manera estaban cumpliendo con los requisitos del Código Penal Estatal: que el producto fuera resultado de una violación, denunciar ante el MP y denunciar antes de los 90 días después de la concepción. Sin embargo, la agente del Ministerio Público, Norma Alicia Velázquez Carmona intentó cambiar la decisión en repetidas ocasiones, y cuando por fin dio indicaciones al hospital público de Mexicali para realizar el procedimiento, el Director del Hospital se negó a llevar a cabo la interrupción del embarazo. (Márquez, 2013)

El caso de Paulina adquirió visibilidad por la publicación del artículo "Director de hospital detenido por desacato. Se negó a practicar un aborto" en *La Voz de la Frontera*, del periodista Javier Mejía. El texto enfatizó el rechazo del personal de salud para realizar el procedimiento, pues los médicos señalaban que si el MP lo había autorizado, también realizaran el servicio de salud o que contaran con personal especializado en esos casos. El doctor que recibió el oficio, en entrevista con Mejía, le señaló que se trataba de un "abuso de poder", además de que la orden se contraponía con la formación médica, la cual tiene el fin de conservar, preservar y alargar la vida de los pacientes. (Márquez, 2013)

El segundo caso se dio en Guanajuato en el 2000, cuando se intentó penalizar al aborto en casos de violación. Los grupos conservadores aplaudieron la reforma, pero los grupos feministas y movimientos por la salud de las mujeres rechazaron el cambio, por lo tanto, el gobierno optó por impulsar una encuesta para poder legitimar la reforma del Congreso Local. Al mismo tiempo, diversas ONG feministas impulsaron una segunda encuesta para tener un punto de comparación, en sus resultados el 65% de los entrevistados se posicionada relativamente o absolutamente en contra de la reforma. Por otro lado, la encuesta solicitada a la Universidad Autónoma de Guadalajara por el Gobernador señalaba que, 53% de las personas desaprobaba el cambio en el Código Penal. El Gobernador no tuvo otra opción más que anunciar su veto a la reforma de ley el 20 de agosto del 2000. (Lamas, 2015, pp. 76–83)

La tercera coyuntura es la Ley Robles, impulsada el 14 de agosto del 2000, por la entonces gobernadora interina del Distrito Federal, Rosario Robles. Esta reforma fue el primer cambio incremental en materia de derechos reproductivos de las mujeres en la capital del país, la propuesta anexaba causales de exclusión de punibilidad del aborto: "de peligro de muerte se pasó a grave riesgo a la salud de la mujer; se autorizó el aborto por malformaciones del producto; y se planteó la invalidez de un embarazo por una inseminación artificial no consentida", (Lamas, 2009, p. 165) pero no establecía al estado como responsable de proporcionar servicios de aborto legal. La aprobación de este

cambio fue sencilla porque el PRD contaba con la mayoría en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), y el PRI también respaldó la reforma. No obstante, diputados del PAN y del Partido Verde Ecologista de México interpusieron un juicio de inconstitucionalidad a las pocas semanas, señalaban que la reforma violentaba el derecho a la vida que está estipulado en las garantías constitucionales. Sin embargo, un año después la Ley Robles fue validada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN).

En el 2000 se formó la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (Andar)[6], dicha unión sería clave en la legislación del aborto unos años después. Católicas por el Derecho a Decidir[7], Equidad de Género[8], GIRE, Ipas[9] y *The Population Council*[10] se agruparon para eficientar el trabajo, aprovechar los recursos y no duplicar esfuerzos, buscaban mejorar las condiciones de acceso a un aborto legal y seguro. Otra creación importante fue la del Colegio de Bioética, A.C., el cual se instauró como una asociación civil en el 2003 y fue liderado por El Dr. Ruy Pérez Tamayo. El Colegio fungió como asesor del Poder Legislativo, generó intensa actividad académica y se pronunció con rigor científico respecto al aborto. (Lamas, 2015, pp. 90–92)

El siguiente avance gradual en materia de aborto en la CDMX se dio el 26 de diciembre de 2003, la ALDF estableció que la práctica de aborto no debía categorizarse como un delito cuando estuviera dentro de las causales establecidas por la ley, además, el sistema de salud pública de la capital debía proporcionar los servicios de aborto legal gratuitos. Asimismo, se agregó por primera vez una cláusula referente a la objeción de conciencia, la cual había sido demandada por sectores conservadores. (Ruibal, 2021, p. 321)

---

[6] Página web oficial: https://andar.org.mx

[7] Se definen como una organización que está cambiando la forma de percibir al catolicismo, se fundó en por personas católicas que defienden al Estado Laico y a los Derechos Sexuales y Reproductivos. Esta asociación tiene sedes en México, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, España, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana. Su página web oficial en México es: https://www.catolicasmexico.org/i/

[8] Equidad de Género es una organización feminista que promueve la equidad entre hombres y mujeres, tiene 20 años impulsando la participación política y liderazgo de mujeres. Su página web oficial es: https://equidad.org.mx/index.html

[9] Ipas es una organización internacional que trabaja en17 países en 4 continentes para impulsar el acceso al aborto seguro, en México ha resaltado por sus constantes capacitaciones a los profesionales de la salud y a organizaciones comunitarias sobre el aborto. Su página web oficial es: https://ipasmexico.org

[10] Es una organización estadounidense con sede en Nueva York, con oficinas filiales en África, Asia, América Latina y Oriente Medio. En México comenzó a operar en 1979. Su trabajo se centra en general investigaciones de alto nivel, evaluaciones a programas gubernamentales y coadyuvar en la creación de alianzas entre gobiernos y ONG. Su página web oficial es: https://www.popcouncil.org

La controversia respecto al aborto emergió de nuevo en el 2005, de la mano del secretario de salud Julio Frenk, con la inclusión de la anticoncepción de emergencia (AE) en el cuadro básico de medicamentos en el Sector Salud. La decisión fue cuestionada por quienes se oponen al ejercicio de una sexualidad libre y placentera, señalaban que esta píldora era abortiva porque eliminaba al óvulo fecundado. “La paranoia fundamentalista alentada por la jerarquía católica y nutrida de la ignorancia llevó a obispos, panistas y organizaciones fraudulentas como ProVida a promover un juicio de amparo contra la inclusión de la AE en el cuadro básico de medicamentos del Sector Salud.” (Lamas, 2017, p. 38) No obstante, la SCJN planteó que la AE no afectaba en su esfera de derecho a ninguna persona, porque era voluntario y no se imponía contra la voluntad de alguien. Y la AE funciona según el ciclo menstrual en que se encuentre la mujer, puede tener dos efectos: 1) que los ovarios liberen el óvulo, 2) impedir que el óvulo sea fecundado.

Un logró derivado del caso Paulina se dio en marzo de 2006, cuando el Gobierno de México firmó un “Acuerdo de solución amistosa”. Debido a la negligencia que había sufrido la adolescente de 13 años, organizaciones civiles llevaron la demanda ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), y así lograron que el gobierno de Baja California reconociera públicamente que había obstaculizado el derecho de Paulina y se comprometiera a otorgarle una indemnización económica por el daño moral provocado. A nivel federal, el gobierno se comprometió a revisar las políticas públicas sobre violencia, de este análisis surgió la NOM-046-SSA2-2005, en la cual se establecen a los casos violación sexual como urgencias médicas que demandan atención inmediata. (Lamas, 2017, pp. 39–43)

Los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos fueron contundentes, a nivel institucional se reforzaron los llamados a respetar las excluyentes de no punibilidad legisladas en cada estado, y el movimiento feminista adquirió fuerza a través de capitales políticos y culturales de distintas personas públicas que se posicionaron a favor del aborto como Elena Poniatowska, Ángeles Mastretta, Ofelia Medina, Sara Lovera, Gloria Brasdefer y Fátima Fernández, entre otras. La práctica del aborto había saltado del closet a la esfera pública, se demandaba como un problema público que debía ser atendido por el Estado desde una perspectiva de derechos humanos que privilegia la vida y proyectos de la mujer.

2.2 Legalización de la ILE en la Ciudad de México

Entre el 2004 a 2006, Andar trabajó, principalmente, en la argumentación para anexar una quinta causal de exclusión de punibilidad en el Distrito Federal: cuando de proseguirse un embarazo no deseado se ponga en riesgo el proyecto de vida de la mujer. (Lamas, 2015, p. 114) Sin embargo, el escenario político nacional era inestable, la diferencia en los resultados electorales presidenciales de 0.56% entre Andrés Manuel López Obrador (PRD) y Felipe Calderón (PAN) desembocó una campaña de dolo electoral y la población se polarizó. El candidato perredista convencido de que había sido víctima de un fraude llamó a sus seguidores para ocupar el Paseo de Reforma por casi dos meses. Contrario a esto, en el Distrito Federal los resultados oficiales beneficiaron al PRD y Marcelo Ebrard ganó la Jefatura de Gobierno, candidato respaldado por Obrador.

Académicas como Alba Ruibal (2021, pp. 321–322), argumentan que este antecedente de polarización post-electoral favoreció la reforma pro-elección, pues el PRD encontró el modo de diferenciarse de sus oponentes políticos y Ebrard se proyectó como un político moderno, aunque no haya sido el único que lanzó una iniciativa para despenalizar el aborto. El primero fue el diputado local Armando Tonatiuh del PRI, el 23 de noviembre del 2006 presentó su reforma en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF). Cinco días después, dos diputados del partido Alternativa, en representación de la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata (PRD, PT, PRI, Convergencia y Alternativa Socialdemócrata) presentaron otra propuesta de ley similar. Ambas fueron turnadas a las Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia, Salud y Asistencia Social y Equidad y Género para su respectivo análisis.

La iniciativa priista borraba la objeción de conciencia para el personal de salud, proponía crear una comisión dedicada a la consejería y registro de casos, eliminaba las excluyentes de responsabilidad penal obtenidos en el 2000 y proponía convocar una encuesta para conocer la opinión pública respecto al aborto. La reforma lanzada por la izquierda proponía despenalizar el aborto para las mujeres que lo consintieran dentro de las primeras doce semanas de gestación, conservaba las excluyentes de responsabilidad penal y la regulación de la objeción de conciencia. (GIRE, 2008, pp. 35–37)

Aprovechando la coyuntura, Andar también lanzó su propuesta de una quinta excluyente de responsabilidad en el Código Penal: cuando el embarazo afectara el proyecto de vida de la mujer. Se argumentaba que un embarazo no deseado o no planificado obstaculiza el futuro de la mujer, y por ende afecta cuatro de sus derechos

fundamentales: a la vida, a la salud física, a la salud psíquica y a la libre personalidad. No obstante, no marcaron un plazo de tiempo máximo, por lo tanto, prefirieron retirar su propuesta y apoyar la iniciativa de la Coalición Parlamentaria Socialdemócrata. (Lamas, 2015, p. 119) Cuatro meses después, inició el periodo de sesiones de la ALDF, y al mismo tiempo se impulsaron diversos foros, en donde participaban tanto conservadores como progresistas para discutir la interrupción del embarazo voluntaria, "los grupos conservadores y la jerarquía católica exigieron un referéndum y argumentaron que la vida del producto de la concepción debía prevalecer sobre los derechos humanos de las mujeres." (Lamas, 2009, p. 168)

Sin embargo, los asambleístas clasificaron a la despenalización del aborto como un acto de justicia social, y acompañaron a la iniciativa con "una amplia propuesta de educación sexual y de uso de anticonceptivos que verdaderamente impulsara la responsabilidad reproductiva." (Lamas, 2015, p. 157) El 24 de abril de 2007 el pleno de la Asamblea Legislativa aprobó las reformas con 46 votos a favor (PRD, PT, Convergencia, Alternativa, PRI y Partido Nueva Alianza), 19 votos en contra del PAN y el PVEM y una abstención del PRI.

Los grupos conservadores después de conocer los resultados llenaron las calles de peregrinaciones, cánticos, rezos, amenazas y chantajes; se esperaba que interpusieran alguna acción de inconstitucionalidad contra la reforma. Citando a GIRE y su reporte *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México* (2009), la acción de inconstitucionalidad contra la ILE se podía impulsar desde diferentes frentes. Uno de los intentos podía darse desde la ALDF, en esos momentos los diputados del PAN y PVEM impulsaron cabildeos con la bancada del Partido Nueva Alianza (PANAL) y con la diputada priista que se había abstenido de votar, sin embargo, no consiguieron más aliados para sumar el 33% del Congreso Local que marca la ley. Otra instancia que no accedió a presentar una acción de inconstitucionalidad contra la reforma fue la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), el *ombudsman* del DF, Emilio Álvarez Icaza, en conjunto con el Consejo Consultivo de la CDHDF, señalaron que las reformas al Código Penal en materia de aborto no imponían alguna conducta, más bien solo hacían posible una decisión individual. Además, a través de esta legislación se daba atención a tratados internacionales en donde es parte el Estado mexicano.

Sin embargo, a diferencia de las instituciones locales, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR), a los treinta días de la promulgación de la ILE, promovieron demandas de inconstitucionalidad

contra la reforma ante la SCJN. Como ambas instituciones tienen una dependencia del Poder Ejecutivo, algunos analistas describieron estas acciones como una respuesta desde la presidencia de Felipe Calderón y se aprovechaba la polarización social emanada de las elecciones presidenciales. La PGR cuestionaba la definición de "aborto" establecida en la reforma, señalaba que su contenido daba lugar a dudas y mal entendidos; igualmente remarcaba que la ALDF no tenía las competencias para modificar la Ley de Salud del Distrito Federal, la cual debía acoplarse con las normas previstas en la Ley General de Salud. Por otro lado, la CNDH argumentaba que la decisión de interrumpir un embarazo le correspondía a la "pareja" y no solo a la mujer, su acción de inconstitucionalidad se centraba en el "derecho a la paternidad". (GIRE, 2009)

Para resolver los dos juicios de inconstitucionalidad, la SCJN planteó canales de participación ciudadana con el fin de generar un proceso abierto y transparente. Organizó seis audiencias públicas, en tres se presentarían argumentos a favor de la constitucionalidad de la ILE y en el resto se argumentaría en contra. En total se recibieron 186 peticiones de participación, 125 se posicionaban en contra de la reforma y 61 a favor. No obstante, solamente se permitió la intervención de 80 personas. El grupo conservador que luchaba por mantener la penalización del aborto desarrolló, principalmente, tres ideas: "1) que existe un ser humano o una persona desde el momento de la concepción o de la fecundación, 2) que esto está reconocido constitucionalmente, y 3) que el embrión es independiente de la mujer." (GIRE, 2009, p. 32) Asimismo, plantearon y narraron las supuestas consecuencias psicológicas que sufren las mujeres que han pasado por un aborto, y colocaron al hombre como "un afectado" por la reforma porque se le estaba violentando su derecho a la paternidad, al privilegiar la decisión de la mujer.

Por otro lado, el grupo pro-elección se centró en los derechos de las mujeres, como el derecho a la vida, a la salud y a la igualdad. "Se puso énfasis en el derecho a la autodeterminación y a la libertad, vinculados con la capacidad reproductiva de las mujeres; es decir, el derecho a la maternidad voluntaria, reconocida en el contenido del Artículo 4° constitucional." (GIRE, 2009, p. 33) No obstante, también expusieron argumentos en tónica conservadora donde resaltaban al posible infante respecto a la mujer, señalaron que la despenalización incidía en la disminución de recién nacidos o fetos encontrados en la vía pública o en basureros.

Aunado a las audiencias públicas, las activistas, universidades, periodistas y líderes de opinión desarrollaron debates académicos, programas radiales y televisivos, contenidos periodísticos y diversas manifestaciones públicas, donde exponían sus

posiciones y razonamientos sobre la legalización del aborto. La discusión culminó el 28 de agosto de 2008, cuando 8 miembros del Pleno de la Suprema Corte resolvió como constitucional la interrupción del embarazo por voluntad dentro de las primeras 12 semanas de gestación, solamente 3 ministros votaron a favor de la inconstitucionalidad de la reforma. (GIRE, 2009)

Los ministros a favor de la constitucionalidad de la ILE argumentaron que, la prohibición del aborto restringe otros derechos de la mujer, y el hecho de que el personal médico esté obligado a informar sobre prácticas de aborto, viola el derecho a la salud y a la intimidad de las mujeres, así también, las colocan en una situación de desigualdad social al no permitirles ejercer su autonomía y ciudadanía plenamente. Respecto al rol del hombre en la toma de decisión, determinaron que el involucrar a los potenciales padres, implica que el hombre o el Estado tenga poder sobre el cuerpo de otra persona, lo que estaría violando la libertad de las mujeres y el igual valor de las personas. También equipararon a un embarazo forzado con una forma de esclavitud, porque se le obliga a la mujer a un periodo de gestación en contra de su voluntad, y se le coacciona a enfrentar una maternidad que tendrá implicaciones a lo largo de su vida.

Sobre las obligaciones del Estado y las instituciones de salud públicas, argumentaron que el Estado no puede categorizar al aborto como una práctica “irresponsable” si no ha cumplido con su deber constitucional de educar en materia sexual y reproductiva. Por lo tanto, es obligación de las instituciones públicas de salud proporcionar información oportuna y veraz sobre las opciones que tiene una mujer frente a un embarazo no esperado. Aunque es deber del legislador proteger la vida en gestación, no es constitucional que se sacrifiquen los derechos fundamentales de la mujer embarazada, puesto que esto clasificaría a la mujer como un mero instrumento de la vida en gestación.

Los ministros y ministras argumentaron que el no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no tiene congruencia con la globalidad del sistema de derechos humanos, pues la protección a la vida no es absoluta ni irrestricta, mas bien se deben ponderar otros valores protegidos constitucionalmente, en este caso los inherentes a la mujer debido a la relación que tiene ella con el feto. Asimismo, se aclaró que el equiparar al embrión con una persona humana es una valoración subjetiva, la cual implica una afectación a la libertad de pensamiento y credo de un Estado democrático.

Con esta reforma el Distrito Federal, después nombrado Ciudad de México, se convirtió en el primer estado del país en permitir la Interrupción Legal del Embarazo

(ILE) hasta las 12 semanas de gestación, sin importar la causa o motivo de las mujeres para tomar dicha decisión. La nueva legislación resaltó por su contenido y por su rápida implementación, facilitó el conocimiento y apropiación de derechos reproductivos, impulsó la decisión como un acto legítimo, además de que generó un cambio de paradigma en la opinión pública respecto al aborto. (Ruibal, 2021, p. 323) El acceso al servicio fue inmediato, en los primeros 10 días, el secretario de Salud, Manuel Mondragón reportó 14 procedimientos de ILE practicados por la SSDF.

2.3 Retrocesos y avances legislativos en materia de aborto en México

Tras la legalización de la ILE en la Ciudad de México en el 2007, los grupos conservadores se movilizaron en el resto de los estados para impulsar reformas que protegieran la vida desde la concepción. Su activismo en el campo político logró que para el 2010, un total de 17 estados hubieran modificado su legislación para penalizar el aborto con cárcel, el 2009 fue el año con más reformas aprobadas a los Códigos Penales. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. Estados que reformaron sus Códigos Penales en materia de aborto

Estado	Fecha de reforma	Partido que gobernaba
Morelos	11/12/2008	PAN
Baja California	26/12/2008	PAN
Colima	21/03/2009	PRI
Sonora	06/04/2009	PRI
Quintana Roo	15/05/2009	PRI
Guanajuato	26/05/2009	PAN
Durango	31/05/2009	PRI
Puebla	03/06/2009	PRI
Nayarit	06/06/2009	PRI
Jalisco	02/07/2009	PAN
Yucatán	07/08/2009	PRI
Campeche	01/09/2009	PRI
San Luis Potosí	03/09/2009	PRI
Oaxaca	11/09/2009	PRI
Querétaro	18/09/2009	PRI
Veracruz	17/11/2009	PRI
Chiapas	18/12/2009	PRD

Fuente: Elaboración de Ulloa (2020, p. 43), con datos de GIRE (2018)

Pasaron 12 años para que otro estado se sumara a la despenalización del aborto voluntario, el 25 de septiembre del 2019, el Congreso Local de Oaxaca, uno de los territorios más pobres y con mayor desigualdad social del país, voto a favor de los derechos de las mujeres. Antes del 2019, el Código Penal Oaxaqueño solo contemplaba

tres excluyentes de responsabilidad penal en materia de aborto: cuando el embarazo era resultado de una violación, cuando el embarazo representara un riesgo de muerte para la mujer embarazada, y cuando el producto presentara malformaciones congénitas. Los promotores de la reforma eran Diputadas y Diputados de los partidos políticos Morena, Partido del Trabajo y legisladoras independientes, en conjunto, argumentaban que los abortos clandestinos eran la tercera causa de muerte de las mujeres de la entidad, señalaban que cerca de 9 mil oaxaqueñas se sometían a un aborto inseguro cada año. (Reina, 2019) Insistieron en que la despenalización ayudaría significativamente a la erradicación de la clandestinidad y muerte materna.

La reforma también estuvo respaldada por organizaciones no gubernamentales y colectivas locales a favor de las maternidades libres y autónomas, y en ocasiones fungen como acompañantes en los procesos de interrupción de embarazo, como la Red Oaxaqueña de Mujeres Indígenas Trenzando Saberes. Por otro lado, la oposición estuvo representada por el PRI, el PAN, el Partido Verde Ecologista de México y el Partido Encuentro Social; este grupo se posicionó a favor de la vida, argumentaron que se debían impulsar políticas públicas que salvaran a las dos vidas y señalaron a la adopción como la mejor opción ante embarazos no planeados. Sin embargo, con 24 votos a favor y 10 en contra, se aprobó la iniciativa pro-elección de la diputada de Morena, Laura Estrada Mauro. (Animal Político, 2019)

Tres años después se sumó a la Marea Verde el estado de Hidalgo, el 30 de junio de 2021, con la legalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación. El proyecto fue impulsado y aprobado por la bancada de MORENA, bastaron 16 votos de los Diputados y Diputadas morenistas para aprobar la modificación de los artículos 154, 155, 156, 157 y 158 del Código Penal estatal y la Ley de Salud Local, el resto de los integrantes del Congreso se negaron a emitir su voto como muestra de su desaprobación hacia la reforma. (Zerega, 2021) Cabe destacar que en la iniciativa se incluyó el servicio de ILE en los reclusorios, centros penitenciarios o centros de reinserción social, y se determinó al Gobierno del Estado como el responsable de dirigir y administrar los servicios médicos de ILE. (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2021)

Un mes después, el 20 de julio, Veracruz se convirtió en el cuarto estado en apoyar la decisión libre de las mujeres respecto a seguir o interrumpir su embarazo, con 25 votos a favor, 13 en contra y con una abstención, el Pleno de la LXV Legislatura aprobó la despenalización de la interrupción del embarazo hasta las doce semanas de gestación. La autora de la iniciativa, la diputada Mónica Robles Barajas, en tribuna argumentó que su

reforma estaba respaldada por la SCJN y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, expresó: “Así lo creemos en Morena y por eso lo apoyamos, no solo lo creemos nosotros, sino es lo que nos mandata el máximo tribunal del país y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por lo que no estamos legislando en contra de la ley, sino a favor”. (Congreso del Estado de Veracruz, 2021)

Tras las reformas en Hidalgo y Veracruz, el movimiento pro-elección se fortaleció a partir de dos fallos emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en torno al aborto. Aunque no es la primera vez que se ha pronunciado en el tema, las resoluciones del 2021 mandaron un mensaje contundente a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El 07 de septiembre del 2021, la SCJN impugnó el artículo 196 del Código Penal del estado de Coahuila, en donde se establecía penas de prisión de hasta tres años por abortar. De manera unánime los jueces declararon inconstitucionales las normas estatales que criminalizan al aborto consentido, por ende, las mujeres presas por el “delito de aborto” deberían recuperar su libertad de manera inmediata. No obstante, cuando las mujeres fueron acusadas de otros delitos, por ejemplo, “homicidio en razón de parentesco”, la estrategia legal de defensa tendrá que ayudarse de un amparo para utilizar a favor la sentencia de la SCJN.

Con este dictamen no se legaliza de manera automática el aborto en todo el país, ni se obliga a los Estados a cambiar sus legislaciones locales, pero sí se consiguió que el gobierno de Coahuila acatara la resolución y se sienta un precedente judicial porque los jueces deberán apegarse al criterio de la SCJN, a pesar de que los Códigos Penales Estatales sigan categorizando al aborto como un delito. Así también, este fallo extendió una invitación al gobierno de Coahuila de generar una propuesta que atienda desde los servicios de salud públicos la Interrupción Legal del Embarazo y modificar su Código Penal.

El segundo fallo de la SCJN abordó la objeción de conciencia, las y los Ministros “declararon la invalidez del artículo 10 bis de la Ley General de Salud por no establecer límites claros al ejercicio de la Objeción de Conciencia por parte de profesionales de la salud, específicamente personal de medicina y enfermería.” (Ipas México, 2021a) La SCJN reconoció como constitucional la objeción de conciencia, sin embargo, esta no debe representar una barrera de acceso a los servicios de ILE. De esta manera, el Pleno de la Suprema Corte demandó que la objeción de conciencia cuente con estándares claros que permitan proteger los derechos de otras personas. Asimismo, remarcó la obligación de las

instituciones de salud de asegurarse de contar con personal no objetor en todo momento para garantizar el acceso a servicios de aborto seguro.

A las pocas semanas de las históricas sentencias de la SCJN, Baja California se convirtió en la sexta entidad federativa en legalizar la interrupción del embarazo sin importar las razones detrás de la decisión. En octubre del 2021, los legisladores locales definieron como "aborto" cuando la interrupción del embarazo ocurra después de la décima segunda semana de gestación y mantuvieron cuatro excluyentes de responsabilidad penal: 1) Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial no autorizada; 2) Cuando corra peligro la salud de la mujer; 3) Cuando a juicio de dos médicos el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas y; 4) Cuando sea resultado de una conducta involuntaria de la mujer. Sin embargo, no se consiguió la mayoría calificada para modificar el artículo 7 de la Constitución Estatal que reconoce la vida desde la concepción.

La siguiente entidad en reformar a favor de la autonomía reproductiva de las mujeres fue Colima, en diciembre del 2021. Con 14 votos a favor, 5 en contra y 4 abstenciones, el Congreso Local despenalizó el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación y agregó dos nuevas causales: "1. Cuando una autoridad hubiese negado el aborto a una mujer previo a las 12 semanas de gestación y 2. cuando el personal de salud hubiese omitido informarle sobre su derecho a la interrupción del embarazo en ese plazo." (Ipas México, 2021b) Además, se integró a la Ley de Salud del Estado de Colima un capítulo referente a la Interrupción Legal del Embarazo, donde se estipuló que los servicios de ILE deben darse en un tiempo no mayor a cinco días y se le debe proporcionar consejería médica, psicológica y social hacia la solicitante.

En la primera mitad del 2022, en paralelo a la redacción de esta tesis, se unió a la Marea Verde tres Estados más: Sinaloa, Guerrero y Baja California Sur. [11] Sinaloa se diferenció del resto al aprobar la interrupción del embarazo hasta las 13 semanas de gestación y hace un reconocimiento a las personas con capacidad de gestar distintas a las mujeres: "Conforme a este código, es persona gestante quien teniendo una identidad de género diversa a la de mujer, su cuerpo posee la capacidad de gestar." En esta ocasión 28 legisladores votaron a favor, hubo nueve abstenciones y solamente dos Diputados se posicionaron en contra: Luis Javier de la Rocha del PRI, y la diputada del PAN Giovanna Morachis. El legislador Rocha señaló que no estaba en contra de la despenalización del

[11] Asimismo, en Latinoamérica, la Corte de Colombia dio un paso histórico al despenalizar la IVE hasta las 24 semanas de gestación.

aborto, pero la iniciativa se estaba votando cuando tenía menos de 12 horas que se diera a conocer en la tribuna; mientras que la Diputada Morachis argumentó que se mantendría congruente a la doctrina de su partido político y le pidió al Pleno que no decidieran por aquellas personas que aún no pueden hablar.

Aunque la votación representaba triunfo en la lucha feminista, algunas organizaciones como Balance, IPAS y GIRE advirtieron de impresiones en la redacción de la reforma que, de no atenderse, podrían generar graves violaciones a los derechos humanos de las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes. En la nueva redacción del artículo 154 del Código Penal estatal de Sinaloa, en lugar de colocar qué debería entenderse por "aborto" proponen "interrupción del embarazo", lo cual es contrario al marco jurídico nacional y podría generar confusiones en las usuarias y profesionales de la salud.

> "ARTÍCULO 154. Comete el delito de interrupción del embarazo la mujer o persona gestante que finalice de forma anticipada el proceso de gestación, después de la décima tercera semana."

Con el cambio de conceptos no se contemplan escenarios como partos prematuros espontáneos, y en cambio, se abre la posibilidad de criminalizar conductas que no se deseaban sancionar. Además, la cuarta excluyente de responsabilidad penal contenida en el código, establece que la interrupción del embarazo podrá darse cuando a juicio de dos médicos señalen que el producto de la gestación presenta alteraciones genéticas o congénitas y NO será necesario el consentimiento de la mujer o persona gestante cuando se encuentren imposibilitadas para otorgarlo por sí mismas. "Esto resulta en una violación al principio de no discriminación, del derecho a la salud y autonomía reproductiva de las personas con discapacidad –mental, intelectual o psicosocial– y, al mismo tiempo, podría violentar el derecho de las personas menores de edad a la autodeterminación reproductiva, su derecho a la salud con relación al principio de interés superior del menor y el de evolución de capacidades, ambos contenidos en el artículo 4° constitucional." (GIRE et al., 2022)

Estas precisiones en la redacción de la norma fueron señaladas a los pocos días de la aprobación de la reforma, las organizaciones civiles invitaron al gobernador Rubén Rocha Moya a enmendar la iniciativa, no obstante, tras revisar el texto vigente del Código Penal de Sinaloa (con data del 23 de septiembre del 2022), la reforma no tuvo modificaciones

e incumple con el principio de taxatividad, que exige que una norma penal describa con precisión las conductas prohibidas.

Guerrero fue el noveno estado en legislar a favor del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. El 17 de mayo del 2022 los legisladores guerrerenses aseguraron que con esta reforma cumplían con la sentencia de la SCJN, reconocían el derecho humano de la mujer a decidir sobre su vida y su cuerpo, además de hacerle frente a la problemática de mortalidad de mujeres por abortos clandestinos. Con 30 votos a favor, 13 en contra, una abstención y un voto nulo, los y las congresistas despenalizaron la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras doce semanas de gestación, y se disminuye la pena de 1 a 3 años de prisión a 6 meses o 2 años a quien practique el aborto después de este tiempo, con o sin consentimiento de la mujer.

A las pocas semanas Baja California Sur se sumó a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y aprobó la iniciativa pro-elección presentada por la activista Mónica Jasis Silverg. Con 16 votos a favor y tres en contra, se aplicaron reformas a los artículos 151, 152, 153, 154 del Código Penal y a los artículos 60 y 62 de la Ley de Salud del Estado, de modo que se despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación. Los miembros del Pleno que se posicionaron a favor invitaron a velar por la vida de las mujeres, quienes han sido discriminadas, criminalizadas y mancilladas; la diputada Marbella González (FXM) argumentó que con la reforma se evitaba que se criminalizara la pobreza, pues las mujeres con los suficientes recursos económicos podrían movilizarse a una entidad donde se brinden servicios de ILE o acudir a un despacho jurídico para solicitar la protección de la justicia federal por medio de un amparo.(H. Congreso del Estado de Baja California Sur, 2022)

La iniciativa ciudadana interpuesta por la activista Mónica Jasis Silberg, y apoyada por colectivas feministas y de organizaciones de la sociedad civil, representa una nueva vía que podría ayudar a impulsar la despenalización en el resto del país. Asimismo, demuestra cómo la simpatía con la Marea Verde ha avanzado dentro la ciudadanía y visibiliza la fortaleza de las redes de apoyo feministas locales, las cuales trabajan cada día contra el estigma social, la discriminación en torno a las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo y proporcionan asesoría personalizada para procesos de aborto con misoprostol en el hogar.

El último estado en despenalizar el aborto en el año 2022 es Quintana Roo. Durante la madrugada del 26 de octubre, los y las legisladoras locales con 19 votos a favor, 3 en contra y 3 abstenciones, modificaron el Código Penal para permitir la interrupción del

embarazo hasta las 12 semanas de gestación. El proyecto fue impulsado desde la bancada de MORENA por Luis Humberto Aldana Navarro y recibió el apoyo de los partidos: PT, Partido Verde y Fuerza x México.

De la reforma destacan dos elementos, el primero es la eliminación del requisito de denuncia para poder abortar en el caso de mujeres o personas con capacidad de gestar que hayan sufrido una violación, lo cual refuerza la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 046. Y el segundo, es la incorporación de la definición de persona gestante: "Para los efectos de este Código, se entiende por persona gestante cualquier persona con aparato reproductor femenino y con capacidad de gestar, independientemente de su edad, apariencia física u orientación sexual." (Legislatura, 2018)

Integrantes de colectivas locales como Marea Verde Quintana Roo, argumentaron que la reforma era necesaria para hacer realidad la resolución de la SCJN, sin embargo, queda pendiente la reforma a la Ley de Salud para asegurar servicios gratuitos y seguros por parte del Estado. Las feministas aseguraron que seguirán en la lucha a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero al menos ya era Ley en Quintana Roo. "La lucha tiene frutos. Insistiremos en que el aborto no solo sea legal, sino también seguro y gratuito Trabajaremos para lograr educación integral de la sexualidad", escribió en su cuenta de Twitter la Red Feminista Quintanarroense.

Mapa 1. Estados que han despenalizado el aborto por voluntad de la mujer 2007-2022

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 3. Programa Interrupción Legal del Embarazo en CDMX

La implementación del servicio de Interrupción Legal del Embarazo debe ejecutarse en el marco de, principalmente, cuatro decretos: Código Penal de la Ciudad de México, Ley de Salud de la Ciudad de México, la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 y los Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la ILE en la Ciudad de México. Aunque el objetivo de la investigación no es presentar un análisis jurídico, es importante hacer una revisión de los marcos normativos que impactan de manera implícita o explícita en la implementación del programa de ILE. El nivel de conocimiento, entendimiento y respeto a estas legislaciones determina en gran medida las prácticas de los profesionales de salud, y las actitudes de las usuarias dentro de los servicios de salud reproductiva. Resulta prudente estudiar los alcances, limitantes y omisiones que marca la ley, con el fin de enunciar cómo influyen en la prestación del servicio y detectar brechas entre la legislación y la implementación.

3.1 Marco Legal de la ILE

3.1.1 Código Penal de la Ciudad de México (2020)

El dictamen que despenalizó la interrupción del embarazo por libre decisión de la mujer hasta las 12 semanas de gestación modificó los Art. 144, 145, 146 y 147 del Código Penal de la Ciudad de México. De esta manera, se definió que el embarazo comienza con la implantación del embrión en el endometrio y se categoriza como “aborto” cuando la interrupción del embarazo sucede después de la semana doce de gestación. Por esta razón, a la mujer que voluntariamente se practique un aborto o consienta que otra persona la haga abortar, se le impondrá seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad. Mientras que la persona que provoque el aborto, aún con el consentimiento de la mujer, será castigada con uno a tres años de prisión. El Art. 146 define como “aborto forzado” a la interrupción del embarazo sin el consentimiento de la mujer embarazada, este puede ocurrir en cualquier etapa del proceso gestacional y causado por cualquier medio. La persona responsable del aborto forzado recibirá una condena de 5 a 8 años de prisión, la cual puede aumentar a 10 diez años si se hizo uso de violencia física o moral. Además, si el aborto o aborto forzado fue provocado por un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, este recibirá su condena

de prisión correspondiente y se le suspenderá el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de su pena de prisión.

El Código Penal de la Ciudad de México también contempla cuatro excluyentes de responsabilidad penal respecto al delito de aborto sin límite temporal: 1. Cuando el embarazo es el resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida; 2. Cuando el embarazo representa una afectación grave a la salud de la mujer embarazada, no obstante, este juicio debe determinarlo un médico, y si es posible un segundo médico, contemplando que la demora del segundo diagnóstico no represente un peligro; 3. Cuando dos médicos especialistas determinen que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que pueden dar resultado a alteraciones físicos o mentales; 4. Cuando el aborto sea resultado de una conducta culposa por parte de la mujer embarazada.

3.1.2 Ley de Salud de la Ciudad de México (2021)

La Ley de Salud del Distrito Federal, respecto a la Interrupción Legal del Embarazo en su *Capítulo X*, establece que, las instituciones públicas de salud brindarán el servicio de interrupción del embarazo de forma gratuita y en condiciones de calidad, en los supuestos permitidos en el Código Penal de la Ciudad de México y en la NOM-046-SSA2-2005. La ley remarca que el servicio de interrupción de embarazo deberá de efectuarse en un término no mayor a cinco días, después de la solicitud presentada por la mujer interesada. El Art. 81 determina que el servicio de ILE tiene carácter universal, gratuito y sin condicionamiento alguno, por lo tanto, este debe brindarse a las solicitantes sin importar si cuentan con un servicio de salud público o privado. Así también, con el fin de brindar un servicio integral, las instituciones de salud están sujetas a ofrecer servicios se salud sexual y reproductiva, planificación familiar, y consejería médica, psicológica y social a las mujeres que hayan practicado la interrupción de su embarazo.

Respecto a la objeción de conciencia, la Ley de Salud reconoce que el personal médico podrá ser objetor de conciencia si sus creencias religiosas o convicciones van en contra del procedimiento, pero tiene la obligación de referir de inmediato y por escrito con un médico no objetor. No obstante, cuando la interrupción del embarazo sea de carácter urgente para salvaguardar la salud o vida de la mujer, el médico no podrá posicionarse como objetor de conciencia y deberá realizar el procedimiento. Además, es

obligación de las instituciones de salud asegurar la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor de conciencia para brindar servicios seguros y oportunos.

En el Capítulo VII, referente a servicios de salud sexual, reproductiva y planificación familiar, se establece que la atención en la materia deberá representar un medio para que toda persona ejerza su derecho "a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad y con perspectiva de género." (Ley de Salud de la CDMX, 2021: p.37) Asimismo, se indica como propósito de los servicios de planificación familiar y anticoncepción, la reducción del índice de interrupciones de embarazos, mediante la prevención de aquellos no planeados o no deseados. En específico, señala que:

> "El Gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas y programas integrales tendientes a la educación y capacitación sobre salud sexual, derechos reproductivos, así como a la maternidad y paternidad responsables. Los servicios de planificación familiar y anticoncepción que ofrezca, tienen como propósito reducir el índice de interrupciones de embarazos, mediante la prevención de aquellos no planeados y no deseados, así como disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de infecciones de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para niñas y niños, adolescentes y jóvenes." (Ley de Salud de La Ciudad de México, 2021, p. 38)

3.1.3 NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra Las Mujeres

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres se creó en el 2009 y su validez fue reafirmada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en mayo del 2022. Establece que las instituciones públicas de atención médica, ante embarazos por violación, deberán poner a disposición servicios de Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE). Las víctimas no están obligadas a presentar una denuncia ante el Ministerio Público, basta con una solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de que dicho embarazo es producto de una violación; ni el personal de salud está obligado a verificar o interrogar la veracidad del testimonio de la solicitante. La Norma añade que solo cuando la víctima es menor de 12 años de edad, la solicitud de IVE deberá ser interpuesta por su padre, madre o tutor legal.

La NOM-46 también llama a respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería, sin embargo, las instituciones públicas de atención médica deben contar con profesionales no objetores, y si en el momento de la solicitud no fuera posible brindar

el servicio de manera oportuna y adecuada, se le debe referir a la usuaria a una unidad que cuente con el personal y la infraestructura adecuada. Además, las y los prestadores de servicios de salud son responsables de informar (respetando la autonomía en sus decisiones) a la víctima sobre su derecho a denunciar los hechos de abuso sexual, y compartirle centros de apoyo para su protección y defensa.

La NOM-46 tiene como principal objetivo que las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes víctimas de violencia sexual tengan la posibilidad de acceder a servicios de abortos seguros y gratuitos de manera inmediata; su propósito es eliminar obstáculos que limitan el libre ejercicio de derechos reproductivos. Esta Norma intenta combatir el que las mujeres sean víctimas por partida triple, de primer momento de una violación sexual, después de negligencias de los agentes del Ministerio Público y funcionario del sector salud, y en tercer lugar por afrontar una maternidad producto de un abuso sexual. La SCJN ha sido consistente al señalar como "tortura" el obligar a una víctima de violación a continuar con el embarazo.

Por último, es preciso señalar que el uso del término de "Interrupción Voluntaria de Embarazo" para casos de violación sexual, permite hacer una diferencia respecto a los servicios de "Interrupción Legal del Embarazo", de este modo, se le obliga a los Sistemas de Salud Nacionales el brindar el servicio de manera gratuita y segura, debido a que la IVE no invade las competencias de los Congresos Locales cuando legislan en materia de aborto. Sin embargo, en la práctica se han detectado confusiones respecto a cuando se aplica un caso de IVE o de ILE, los términos no han quedado del todo esclarecidos dentro del personal de salud, ni en la población, lo cual se suele traducir en obstáculos en el acceso al derecho.

3.1.4 Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en la Ciudad de México, 2018

Los Lineamientos generales respecto la interrupción del embarazo en la CDMX ha tenido actualizaciones en el 2006, 2007, 2015, y por último, en el 2018. La versión más reciente, disponible en la Biblioteca de ILE[12], marca que la interrupción del embarazo en la Ciudad de México puede darse de tres maneras distintas: *legal,* en las primeras 12 semanas de gestación sin importar las razones detrás de la decisión; *voluntaria,* cuando se trate de

[12] La Biblioteca de ILE virtual se inauguró en abril del 2022, en el marco del decimoquinto aniversario de la legalización de la ILE en la capital del país:
http://189.240.225.200/BibliotecaILE/public/recursos/BiblioILE

embarazos resultados de una violación; o puede ocurrir como *consecuencia de alguna excluyente de responsabilidad penal* prevista en el Código Penal Estatal. En ese sentido, las usuarias interesadas en interrumpir su embarazo pueden solicitar el servicio desde contextos distintos, y no obligatoriamente, en el primer tercio del periodo gestacional.

En el primer caso, la ley permite acceder a los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta la décima segunda semana completa de gestación, es decir, hasta las doce semanas seis días (12s. y 6d.). De acuerdo con el documento oficial (2018, p. 6), las usuarias menores de edad podrán solicitar el servicio solo en compañía de su padre, madre o tutor; no obstante, si no se contara con este acompañante, se debe solicitar el apoyo y acompañamiento del personal de la Procuraduría de la Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad de México. Mientras que las usuarias mayores de edad interesadas en una ILE deben cumplir con cuatro requisitos:

> I.- Solicitud de la mujer embarazada que es su deseo interrumpir su embarazo;
> II.- Recibir Consejería de manera libre, voluntaria, responsable, veraz, oportuna y objetiva, por el personal en salud de la Unidad Médica;
> III.- Dictamen de Salud de la Mujer Embarazada y Dictamen Médico de Edad Gestacional, y
> IV.- Suscripción de consentimiento informado para la Interrupción del Embarazo.

En el segundo caso, cuando se trata de una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como consecuencia de una violación sexual, el servicio será practicado por integrantes del Sistema de Salud de la Ciudad de México hasta la vigésima semana completa de gestación (20s. y 6d.) y no se deberá solicitar una denuncia ante las autoridades competentes, en cambio, la actuación se enmarcará en el principio de buena fe. Los únicos requisitos que deberá cumplir la solicitante mayor de edad son (2018, p. 7):

> I.- Solicitud de la mujer gestante que es su deseo interrumpir su embarazo, manifestando bajo protesta de decir verdad que el mismo es producto de violación, sin haberlo denunciado ante las autoridades competentes, y que no desea querellarse;
> II.- Recibir Consejería de manera libre, voluntaria, responsable, veraz, oportuna y objetiva, por el personal en salud de la unidad médica;
> III.- Dictamen de Salud de la Mujer Embarazada y Dictamen Médico de Edad Gestacional, y
> IV.- Suscripción de consentimiento informado para la interrupción del embarazo.

El documento oficial añade que cuando la víctima de violación sexual es menor de edad, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México solicitará la autorización del padre, madre o tutor, y si no se contara con este acompañamiento, se solicitaría apoyo del personal de la Procuraduría de la Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

en la Ciudad de México. No obstante, la (NOM) 046-SSA2-2005 (la cual es de mayor jerarquía y debe ser acatada por todos los gobiernos estatales) señala que, las adolescentes mayores de 12 años tienen el derecho de solicitar el servicio de interrupción del embarazo sin el consentimiento de padre, madre o tutor legal. Por lo tanto, el gobierno de la Ciudad de México incumple con sus obligaciones de proporcionar servicios de IVE de manera oportuna y sin imposición de requisitos; al contrario, complica el acceso a las personas menores de edad y abre paso a posibles casos de revictimización.

Por último, la interrupción de embarazo se puede solicitar en la Ciudad de México como consecuencia de cuatro excluyentes de responsabilidad penal: 1. Por violación denunciada ante la autoridad competente; 2. Por inseminación artificial no consentida; 3. Cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo; y 4. Cuando el producto de la gestación presenta alteraciones genéticas o congénitas. En estos escenarios la usuaria deberá presentar una autorización de la autoridad competente (denuncia legal o diagnóstico médico) y con ello podrá acceder al servicio de interrupción de embarazo en cualquier momento de la gestación. Solo cuando se rebase la vigésima semana completa de gestación (20s. y 6d.) la usuaria será referida a una unidad médica de Tercer Nivel de Atención con Especialidad en Gineco-Obstetricia perteneciente a los servicios de salud federales.

Dichos lineamientos, nuevamente, no van acorde a la NOM 046-SSA2-2005 pues se le solicita a la víctima de violación sexual la presentación de una denuncia ante el Ministerio Público si tiene entre 12.6 y 20.6 semanas de gestación. Recordemos que la NOM-46 no contempla la obligatoriedad de una denuncia, basta con una solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de que dicho embarazo es producto de una violación. Aunque estos casos ya no se darían dentro de los Centros de Salud de primer nivel visitados en esta investigación por superar las 12.6 semanas de gestación, sí resulta crucial señalar que los hospitales de segundo nivel de la Ciudad de México estarían cometiendo negligencia al negar los servicios de IVE por la falta de una denuncia. La norma federal es clara al describir a una violación sexual como un caso de urgencia médica, que debe cubrirse de manera inmediata y sin limitaciones. El requisito de una denuncia elimina el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, y en cambio, dota a los/as agentes del Ministerio Público el poder de decidir sobre el cuerpo y futuro de otra persona.

Respecto a las obligaciones del personal de salud en los servicios de interrupción de embarazo, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2018) estipula que, los

proveedores deben adoptar una actitud empática y respetuosa de la dignidad humana, privilegiando la confidencialidad y seguridad del procedimiento. Los profesionales objetores de conciencia podrán abstenerse de realizar procedimientos de ILE o IVE, pero están obligados a referir a la mujer con un médico/a no objetor. La información y atención que se le brinde respecto a los servicios de interrupción del embarazo deben cumplir con las siguientes características:

> "El personal de salud que atienda la solicitud de la práctica de algún procedimiento de Interrupción del Embarazo, deberá mostrar una actitud profesional, de calidad, sensible, respetuosa y proporcionará consejería especializada, objetiva y libre de prejuicios, con el propósito de que la mujer tome de manera libre, responsable e informada su decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos y otorgue su consentimiento informado mediante la suscripción del formato respectivo, con pleno respeto a su dignidad humana." (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2018)

3.2 Observaciones generales sobre el Marco Legal de la ILE

De los decretos estatales respecto a la ILE resalta, una redacción donde se coloca a la "mujer" como la única persona que puede quedar embarazada, y por ende, solicitar el servicio de ILE. Este lenguaje perjudica al reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBT+ y dejan fuera de la política pública a los hombres trans, lesbianas y personas no binarias, una población que se ha caracterizado por ser más propensa a sufrir violencia y discriminación. Aunque el lenguaje inclusivo no tenía el mismo reconocimiento y difusión en el año 2007 que en la actualidad, es preciso incluir la definición de "personas con capacidad de gestar" para avanzar a favor de la inclusión y respeto hacia las comunidades diversas.

El nombramiento de las "personas con capacidad de gestar" dentro de la ley combatiría estereotipos sociales que suelen traducirse en actos de discriminación o en la negación del servicio. Para ejemplificar la importancia de ello se retoma la experiencia que se registró en el diario de campo durante el mes de octubre en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco Alemán: en esa ocasión hubo una llamada telefónica pidiendo informes sobre la ILE, la persona interesada tenía voz de hombre (afirmó la recepcionista), por tanto, el personal de salud solicitó que respondiera la llamada la mujer embarazada porque solamente a ella se le daría la información. La persona detrás del teléfono señaló que el servicio era para él, no obstante, la recepcionista insistió en que

necesitaba hablar con la mujer, incluso un profesional de enfermería tomó la llamada y repitió que la información solo se le proporcionaría a la mujer embarazada.

Desde la percepción del personal de salud que atendió la llamada, solamente las mujeres tienen capacidad de gestar y solamente a ellas les brindan la información sobre la ILE, consideraron que la persona en el teléfono mentía al decir que el servicio era para él porque tenía "voz de hombre" y era imposible que tuviera un embarazo. Negaron información porque "la voz" no encajaba con el estereotipo de una mujer, en específico, no encajaba con el estereotipo de alguien que pudiera estar embarazada. Probablemente los profesionales de la salud no se equivocaban al señalar que la voz de la persona tenía un tono "masculino", pero tal vez se trataba de un hombre trans, al cual no le respetaron su derecho a la información sobre la ILE.

También es importante señalar que la legislación sobre el aborto en el Código Penal de la Ciudad de México no contempla causales excluyentes de castigo por cuestiones institucionales, es decir, falta de acceso por la sobredemanda de los servicios de ILE. La baja aceptación de usuarias por día provoca que no se acceda al servicio dentro de las primeras 12 semanas de gestación. En los Centros de Salud se aceptan a las primeras 10 o 15 personas formadas, no hay un seguimiento respecto al resto de usuarias que por escases de cupo no han podido acceder. Si aplicáramos la ley, se esperaría que las autoridades sanitarias facilitaran el servicio de ILE a todas las personas que hicieron fila a las afueras de la clínica en un máximo de cinco días, sin embargo, la instrucción es que vuelvan otro día y procuren llegar más temprano. Consecuentemente, las usuarias que viven en colonias más retiradas consiguen un lugar hasta su tercera o cuarta visita, para ese entonces superan las doce semanas de gestación y les niegan la interrupción del embarazo.

Otro punto a destacar son los requisitos que obstaculizan el libre acceso al servicio, aunque la norma remarca que la ILE tiene carácter universal, gratuito y sin condicionamiento alguno, en la práctica se cobran cuotas monetarias a mujeres residentes de otros estados en algunos hospitales, piden denuncias ante el Ministerio Público en casos de violación, solicitan un acompañante mayor de edad o requieren de estudios médicos para generar un diagnóstico. En la normativa solamente hay cuatro requisitos, pero cada clínica desglosa su propio listado de requerimientos, que en ocasiones son difíciles de cumplir.

Estos aspectos serán abordados con mayor detalle en la sección de resultados, la revisión jurídica dio pauta para establecer la implementación "ideal" del servicio de ILE,

además de que visibiliza la necesidad de actualizar la legislación para que responda a las demandas sociales que surgen con el paso del tiempo. Es preciso mirar atrás y renovar la ley para blindar el derecho a decidir.

3.2 Estadísticas de la ILE en Ciudad de México

De acuerdo con la página web de Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (http://ile.salud.cdmx.gob.mx), hay un total de 15 unidades médicas que proporcionan la atención de ILE. Sin embargo, durante el trabajo empírico y el procesamiento de datos (agosto 2021 a mayo del 2022) resultó incierto qué clínicas mantenían activo el servicio de ILE, derivado al cierre de clínicas para atender a personas infectadas de coronavirus. No se registró uniformidad en las páginas oficiales, ni coincidencias en las experiencias de las usuarias, porque en la web se específica que la atención se suspendió en tres hospitales, (Ver Tabla 2) pero algunas usuarias detectaron vía telefónica o con visitas presenciales que el cierre del servicio había ocurrido en más unidades médicas que las reportadas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSaludCDMX). Igualmente, en las etapas iniciales de la investigación hubo un acercamiento con el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco (evento ocurrido en junio del 2021), pero el servicio de ILE estaba suspendido, lo cual no estaba notificado en las páginas web.

Tabla 2. Unidades médicas que brindan el servicio de Interrupción Legal del Embarazo

Unidad Médica	Estado del servicio de ILE
Centro de Salud T-III Cuajimalpa	Activo
Clínica Comunitaria Santa Catarina	Activo
Clínica Integral de la Mujer “Hermila Galindo”	Activo
Centro de Salud TIII Miguel Hidalgo	Activo
Centro de Salud T-III México España	Activo
Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada	Activo
Clínica de Salud Reproductiva del Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán	Activo
Hospital General Ajusco Medio Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez	Inactivo por contingencia SARS-COV2
Hospital General Dr. Enrique Cabrera	Inactivo por contingencia SARS-COV2
Hospital Materno Infantil Cuautepec	Activo
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	Activo
Hospital Materno Infantil Inguarán	Activo
Hospital Materno Infantil Tláhua	Activo
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	Activo

Hospital General Ticomán	Inactivo por contingencia SARS-COV2

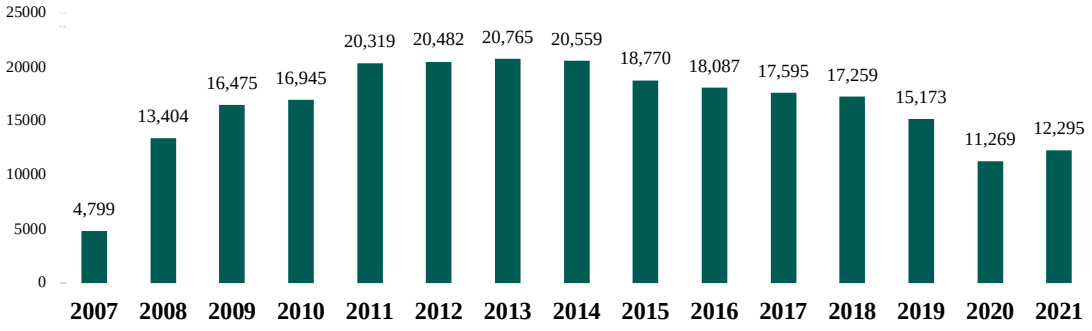
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, marzo 2022.

En cuanto a las estadísticas históricas del servicio de ILE, el Gobierno de la Ciudad de México facilita dos reportes: el primero, es en formato PDF y contiene las características socioeconómicas básicas de las usuarias; mientras que el segundo contiene mayor información y se puede descargar en formato abierto, no obstante, solamente reporta datos a partir del 2016. Sobre la diferencia en los contenidos, la Secretaría de Salud estatal informó que (a través de una Solicitud de Acceso a la Información con folio 090163322004987 interpuesta para este estudio), "no se cuenta con una base determinada, sólo existe un registro resumido, cuya fuente es un registro telefónico donde sólo se integran los totales de ILES, de las variables publicadas."

Esta inconsistencia en el registro de usuarias imposibilita el cruce de variables, y genera huecos de información en variables importantes, como número de usuarias que han solicitado en más de una ocasión el servicio de ILE, número de usuarias qué adoptan algún método anticonceptivo o preferencias en el uso de anticonceptivos tras el servicio de ILE, por mencionar solo algunos puntos. Por esta razón, a continuación, se recuperan estadísticas socioeconómicas básicas de las usuarias, y algunas variables registradas a partir del 2016 que resultan relevantes para la investigación.

De abril del 2007 al 31 de diciembre 2021, según el Reporte de Estadísticas de ILE proporcionado por la SSaludCDMX vía Plataforma Nacional de Transparencia, se han atendido 244,196 servicios de Interrupción Legal del Embarazo. (Ver Gráfica 1) Destaca que, a partir del 2019, año donde inicia el confinamiento por el coronavirus, hay un descenso en las solicitudes de ILE, se pasó de 17,259 en el 2018 a 12,295 en 2021, mientras que en los cinco años anteriores el promedio de demanda del servicio era de 18 mil ILE's por año.

Gráfica 1. Total de ILE´s por año



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe estadístico de ILE Abril 2007 - 31 de Diciembre 2021.

Sobre la residencia de las usuarias, la Ciudad de México y el Estado de México lideran la lista, con 168,318 y 66,307 respectivamente. Los estados con mayores solicitudes de ILE son Puebla (1,532), Hidalgo (1,345), Jalisco (690), Querétaro (684), Veracruz (575) y Michoacán (565), los cuales son relativamente cercanos a la Ciudad de México. Asimismo, destaca que la atención a personas extranjeras en estos 14 años de implementación ha sido mínima, solamente se han reportado 24 ILE’s de usuarias extranjeras. La mayoría de usuarias tienen entre 18 y 34 años (84%), mientras que las menores de edad solamente representan el 6% del total.

La mayoría de las usuarias declararon ser solteras (54%), un tercio vive en unión libre con su pareja (29%), y solamente un 12% estaba casada. Sobre el grado de estudios es importante remarcar que en el informe en formato PDF no hay reporte de mujeres con estudios de posgrado, lo cual podría indicar una deficiencia en el procesamiento de datos. En cambio, en las bases de datos en formato abierto de ILE (que solo contienen datos a partir del 2016) hay un total de 426 usuarias con maestría o doctorado, este desglose de información es importante para combatir estereotipos clasistas acerca de las usuarias de ILE, principalmente para contrarrestar a los sectores que señalan a las mujeres analfabetas como aquellas que abortan en mayor medida.

Tabla 3. Estadísticas históricas de las características socioeconómicas de las usuarias de ILE Abril 2007 – 31 de Diciembre 2021

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Edad		
11 o 14 años	2,442	1%
15 a 17 años	12,210	5%
18 a 24 años	112,330	46%
25 a 29 años	58,607	24%
30 a 34 años	34,187	14%
35 a 39 años	19,536	8%
40 años o más	7,814	3.2%
Sin especificar	2,442	1%
Estado civil		
Casada	29,304	12%
Soltera	131,866	54%
Divorciada	7,326	3%
Unión libre	70,817	29%
Viuda	0	0%
Separada	2,442	1%
Sin especificar	2,442	1%
Grados de estudios		
Primaria	14,652	6%
Secundaria	75,701	31%
Preparatoria	105,004	43%
Superior	43,955	18%
Técnico	0	0%
Ninguna	2,442	1%
Sin especificar	2,442	1%
Principal ocupación		
Trabajo del hogar	76,922	31.5%
Estudiante	59,828	24.5%
Empleada	66,910	27.4%
Comerciante	12,942	5.3%
Desempleada	12,942	5.3%
Otro	15,873	6.5%
Número de hijos/as		
0	69,923	29%
1	50,392	21%
2	38,041	16%
3	15,227	6%
4 o más	4,448	2%
Sin especificar	66,167	27%

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe estadístico de ILE Abril 2007 - 31 de Diciembre 2021.
Nota. En los datos respecto a edad, ocupación y número de hijos se identifican incongruencias entre las cifras absolutas y relativas, en comparación con el total de usuarias atendidas.

Las estadísticas oficiales también revelan que la mayoría de los procedimientos de ILE son de tipo medicamentoso (79%), solamente un 20% es vía AMEU. Un reducido porcentaje de usuarias acude a la ILE con 10 o más semanas de gestación (12.1%), en cambio, el 86.6% asiste con un máximo de 9 semanas de gestación.

Tabla 4. Estadísticas históricas de las características de las usuarias relacionadas al servicio de ILE Abril 2007 – 31 de Diciembre 2021

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Semanas de gestación		
4 o menos semanas	52,502	21.5%
5	27,350	11.2%
6	37,362	15.3%
7	41,513	17%
8	30,280	12.4%
9	22,466	9.2%
10	15,140	6.2%
11	10,989	4.5%
12	3,419	1.4%
Sin especificar	2,930	1.2%
Tipo de procedimiento		
Medicamento	192,304	79%
Aspiración	48,851	20%
Legrado Uterino Instrumentado	3,041	1%

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe estadístico de ILE Abril 2007 - 31 de Diciembre 2021.
Nota. En los datos respecto a semanas de gestación se identifican incongruencias entre las cifras absolutas y relativas, en comparación con el total de usuarias atendidas.

Por otro lado, en las bases en formato abierto que condensan las estadísticas de ILE a partir del 2016, se reporta un total de 90,042 ILE's del 2016 al 2021. Aunque se le reconoce a la Secretaría de Salud su labor por homologar la información y ponerla a disposición de la ciudadanía, en los archivos existen múltiples celdas con "NA", las cuales perjudican el análisis integral de la información. Es importante que se generen y socialicen protocolos que aseguren la correcta recolección de datos, estas estadísticas son cruciales en el monitoreo de la política pública, a partir de estos datos se pueden generar estrategias de comunicación que combatan estigmas sociales en torno al aborto.

Del contenido de la base de datos destacan cuatro variables: religión, número de ILE's con anterioridad y método anticonceptivo adoptado post ILE. En relación con la inclinación religiosa de las usuarias de ILE, sobresale que la mayoría se autodenomina como católicas, mientras que un 26% señala que no profesa ninguna religión. Respecto a

la polémica social y médica de repetición de ILE's, las estadísticas nos muestran que la solicitud repetida del servicio es muy baja, una mayoría (71.38%) no había tenido otra ILE con anterioridad, 11.34% tenían una ILE previa y menos del 3% señaló haber solicitado la ILE 2 o más veces antes del procedimiento actual. Asimismo, se insiste en la necesidad de generar protocolos en la homologación de datos, dado que, durante el trabajo de observación no participante se identificaron diversas estrategias en el llenado de formularios, algunos profesionales de salud solo preguntaban por las ILE's en los servicios de salud públicos y no contabilizaban interrupciones de embarazo en clínicas privadas; mientras que otros registraban el total de ILE's considerando clínicas públicas y privadas.

Fuente: Elaboración propia con información del Portal de datos abiertos de la Ciudad de México en materia de ILE, 2022.

Tabla 5. Número de Interrupciones Legales del Embarazo previas al procedimiento actual 2016 - 2021

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Número de ILE's		
0	64,271	71.38%
1	10,210	11.34%
2	1,612	1.79%
3	259	0.29%
4 o más	85	0.09%
NA	13,605	15.11%
Total de usuarias	90,042	100%

Fuente: Elaboración propia con información del Portal de datos abiertos de la Ciudad de México en materia de ILE, 2022.

En tenor a la disputa de uso o desuso de métodos anticonceptivos por parte de las usuarias de ILE, es destacable que en la base de datos existe un vacío grave de esta variable, el 48% de las celdas contiene "NA". No obstante, el 33% adoptó un método

anticonceptivo de larga duración (implante o DIU), 13% prefirió protección más convencional como condones, inyecciones o parches, y solamente el 6% no eligió algún método anticonceptivo. Si no se contemplan a los “NA”, se podría deducir que la mayoría de las usuarias adopta un método anticonceptivo tras su procedimiento de ILE, lo cual coincide con las observaciones registradas durante la implementación del servicio, eran escasas las personas que decidían no iniciar con el uso de algún método anticonceptivo.

Fuente: Elaboración propia con información del Portal de datos abiertos de la Ciudad de México en materia de ILE, 2022.

Capítulo 4. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio empírico transversal cualitativo con el fin de privilegiar la recopilación de las experencias, narrativas y prácticas del personal sanitario y usuarias respecto al servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en las clínicas públicas de la Ciudad de México, a 14 años de su promulgación. Se eligieron las técnicas de entrevistas semi-estructuradas y observaciones no participantes para registrar con el mayor lujo de detalles el cómo se vive una ILE, por ello, los resultados no se analizan en términos estadísticos, en su lugar se identifican encuadres interpretativos que permiten una comprensión cualitativa en torno al derecho a decidir, la sexualidad, la maternidad y la autonomía reproductiva.

4.1 Selección de los sitios de investigación

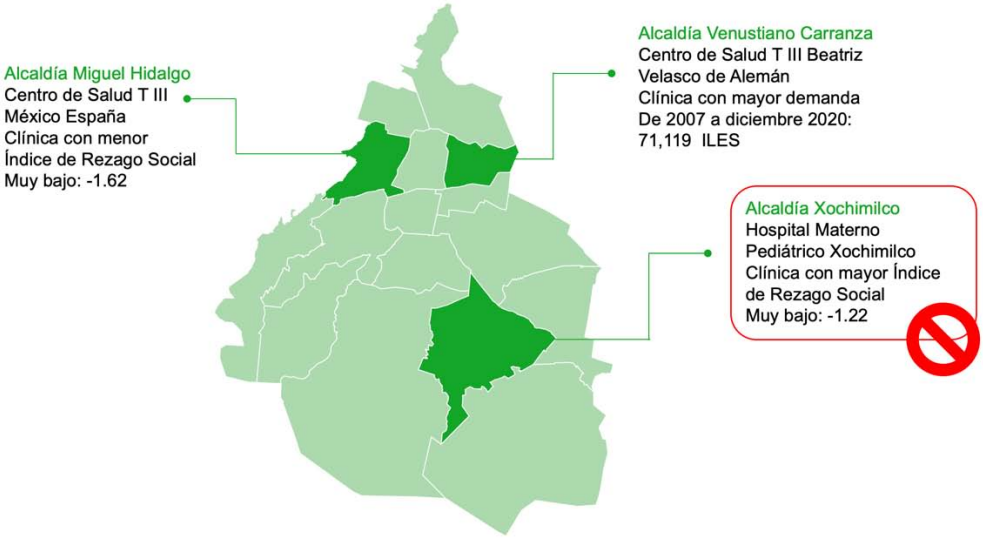
De acuerdo con la información proporcionada por la Secretaría de Salud de la CDMX, hay un total de ocho clínicas públicas que brindan el servicio de ILE en la capital del país. De este conjunto de unidades médicas, se seleccionó una muestra de tres clínicas, la cual se determinó por cumplir con tres indicadores: 1) sitio con mayor demanda del servicio de ILE, 2) clínicas ubicadas en alcaldías con mayor y menor índice de rezago social, 3) al menos una unidad de segundo nivel médico (hospital)[13]. Estos criterios permitían contactar a usuarias con diferencias sociodemográficas, pues el índice de rezago social puntual es distinto entre las alcaldías que conforman la entidad. (Ver Anexo 1) Así también, sería posible distinguir particularidades en la implementación de la política pública entre unidades de primero (centro de salud) y segundo nivel (hospital) médico.

Inicialmente, los sitios de estudio seleccionados fueron: el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco de la alcaldía de Xochimilco, por localizarse en la Alcaldía con mayor índice de rezago social y estar clasificado como unidad de segundo nivel; el Centro de Salud T III México España de la alcaldía Miguel Hidalgo, por estar ubicado en la Alcaldía con menor índice de rezago social; y el Centro de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán situado en la alcaldía Venustiano Carranza por ser la unidad satinaria con mayor demanda de ILE's. Sin embargo, el trabajo de campo no se aplicó en el Hospital

[13] "El índice de rezago se da a partir de la técnica estadística de componentes principales ya que permite resumir en un indicador agregado las diferentes dimensiones del fenómeno en estudio. En ese sentido, el índice es estandarizado de tal forma que su media sea cero y su varianza unitaria. Y consecuentemente se categoriza en cinco estratos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto." (Coneval, 2007)

Materno Pediátrico Xochimilco porque el servicio de ILE fue suspendido temporalmente debido a la pandemia sanitaria COVID-19. Por lo tanto, la información se recabó solamente en unidades médicas de primer nivel, el hospital de segundo nivel médico contemplado quedó fuera por cuestiones secundarias de carácter sanitario.

Mapa 2. Sitios de investigación seleccionados



Fuente: Elaboración propia.

Los permisos institucionales de acceso a los Centros de Salud durante la implementación del servicio de ILE, se consiguieron tras presentar ante las Jurisdicciones Sanitarias y el Comité de Ética en Investigaciónes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México el protocolo de investigación, junto con los instrumentos de recolección de datos (guía de observación y guías de entrevistas). El proceso de trámites administrativos inició en junio de 2021 y concluyó en agosto del mismo año, con el dictamen aprobatorio por parte del Comité de Ética, asignándole el número de registro 101-101-020-21. En este periodo se recibió apoyo y supervisión de las Direcciones Jurisdiccionales Sanitarias y la Dirección de Formación, Actualización Médica e Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para el cumplimiento adecuado de formularios y requisitos, con apego a la normativa vigente en materia de protección de datos personales, así como a las normas éticas, morales y acuerdos internacionales que sobreguardan el ejercicio de la profesión médica. Asimismo, durante la recolección de información y en el proceso de análisis se asumió un riguroso compromiso con la protección de identidad de las personas participantes, mismas que aceptaron su participación en forma libre y sin coacción.

4.2 Recolección de datos

Se aplicaron dos técnicas de investigación cualitativa: observación no participante y entrevistas semiestructuradas. Se invitó a participar a profesionales de la salud y mujeres de diferentes condiciones demográficas, socioeconómicas, culturales y de embarazo para mostrar la diversidad de significados, vivencias y contextos que moldean los significados sociales acerca de la ILE. Se recopilaron experiencias profesionales y personales que impactan en el cómo se comprende y asume la sexualidad, la anticoncepción y la maternidad. Igualmente, a partir de la observación no participante, se registraron prácticas y dinámicas que conforman la implementanción de la política pública, poniendo mayor énfasis en aquellas que representaran un obstáculo en el libre ejercicio del derecho.

Ambos trabajos empirícos se aplicaron del 16 de agosto al 19 de noviembre del 2021 en los Centros de Salud T III México España y Beatriz Velasco de Alemán. Se dedicó la primera semana a la realización de pruebas pilotos de las guías de observación y de entrevistas, así se logró afinar algunas preguntas, agregar temas y modificar el orden de tópicos con el fin de generar conversaciones más fluidas. Asimismo, la investigadora tuvo oportunidad de generar estrategias de acercamiento con las usuarias dentro de las clínicas, identificó al personal activo en los servicios de ILE y sus respectivas labores dentro de la unidad médica.

El ejercicio de observación se realizó en cuatro espacios de los Centros de Salud : 1) espacios exteriores en las entradas de las clínicas; 2) espacio de recepción, donde son recibidas por primera vez las usuarias y se verifican los requisitos de acceso; 3) sala de espera, lugar donde principalmente se generan los expedientes y se brinda el servicio de consejería, y 4) oficina de trabajo social, espacio donde se concluyen actividades administrativas y de consejería con las usuarias. La investigadora no se presentó dentro de las consultas médicas con el fin de respetar la intimidad y privacidad entre el médico(a) y la usuaria, también cuidó el no interferir en los procesos de atención y rutinas de trabajo.

Durante el trabajo empírico se utilizó una guía de observación (Ver Anexo 2) y un diario de campo para el registro de información. La guía se conformó por cinco bloques: 1. Observación y registro de grupos opositores al derecho a decidir (Pro-vida) en las entradas de los centros; 2. Descripción del servicio de ILE; 3. Características de las mujeres usuarias; 4. Características de los profesionales de la salud encargados de proporcionar la atención de ILE; y 5. Interacciones entre los actores participantes. Se

buscó el registro detallado de comportamientos, actitudes, reacciones, emociones y discursos instantáneos durante la implementación de la política pública.

Del 23 de agosto al 19 de noviembre de 2021, se asistió en 41 ocaciones a los dos Centros de Salud seleccionados, se procuró visitar las unidades al menos tres días por semana. La duración promedio de la observación no participante por día fue de 4 horas y media, el mayor tiempo fue de 6 horas y el menor de 3 horas con 30 minutos. El trabajo de observación iniciaba al menos media hora antes de la recepción de las usuarias en la ILE, aproximadamentes a las 6:30 am (la investigadora responsable se mantenía cerca de las filas de espera a las afueras de las clínicas), y concluía cuando todas las usuarias se retiraban de la área médica de ILE, aproximadamente a las 12:00 pm. La duración dependía, en gran medida, del total de usuarias aceptadas y del número de profesionales de la salud activos en ese día, en repetidas ocasiones se identificó a un solo médico brindando consultas, lo cual demoraba los tiempos del servicio.

Se registró un promedio de 13 usuarias por día, un máximo de 24 usuarias y un mínimo de 8 usuarias por día. Del ejercicio de observación se obtuvieron 366 cuartillas de notas, así también, se recopilaron 30 micro-historias de algunas usuarias que compartieron sus experiencias durante los tiempos de espera en el servicio.

Las entrevistas semiestructuradas no buscaron la representatividad en términos estadísticos, se aplicaron como un ejercicio de auto-análisis provocado y acompañado, en donde el entrevistado o entrevistada se interroga su historia de vida a partir de nuestras preguntas. (Bourdieu, 2007) Se hicieron dos guías de entrevistas, la primera para los profesionales de la salud (Ver Anexo 3), la cual buscaba recopilar antecedentes académicos y laborales, percepciones y opiniones sobre el servicio y sus usuarias, y conocimiento sobre la ILE desde un marco de derechos sexuales y derechos reproductivos. La segunda guía fue dirigida a las personas embarazadas que solicitaron la ILE (Ver Anexo 4), se indagó el cómo se dio el embarazo, el cómo se vivió dicha noticia y el rol de la pareja, se preguntaba por redes que representaran un apoyo y el proceso de construcción de la decisión de interrumpir el embarazo, y finalmente, se buscó conocer las percepciones de las usuarias respecto a la maternidad, el aborto y los cuidados anticonceptivos.

En los días de observación se aprovecharon los tiempos de espera durante la atención médica para generar canales de comunicación con el mayor número de usuarias posibles, esto para obtener una muestra con amplia diversidad sociodemográfica. Se invitaron a un total de 70 mujeres a participar en el proyecto, de las cuales 8 declinaron la invitación y

62 aceptaron compartir su experiencia de ILE y proporcionaron su número telefónico para ser contactadas después de su cita de revisión. No obstante, de las 62 usuarias que se mostraron interesadas a participar, 42 mujeres no respondieron los mensajes para concretar una cita, solamente 20 usuarias se mantuvieron en comunicación con la investigadora y aceptaron la entrevista. Las veinte conversaciones se realizaron por videollamadas de WhatsApp y en una sola sesión, con el fin de que las participantes seleccionaran el día y hora que mejor se acoplara a sus actividades.

Ocho de las mujeres entrevistadas fueron atendidas en el Centro de Salud T III México España, y doce participantes fueron usuarias del Centro de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán. La duración promedio de las conversaciones fue de una hora con 23 minutos, la entrevista más breve fue de 44 minutos y la de mayor duración fue de 2 horas con 26 minutos. Cabe mencionar que, la muestra carece de representación de personas con capacidad de gestar que se identifiquen con la comunidad LGBTQ+. La investigación tampoco incluyó a participantes con alguna discapacidad, a personas migrantes, ni con identidad indígena. Esto representa deficiencias metodológicas que se esperan rectificar en trabajos futuros. A continuación, se desglosa el número de participantes por Centro de Salud. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Entrevistas semiestructuradas a usuarias de la ILE

Centro de Salud	*Usuarias contactadas para una entrevista*	*Usuarias que rechazaron participar*	*Usuarias que aceptaron participar*	*Usuarias que concluyeron la entrevista*
T-III México España	28	1	27	8
T-III Beatriz Velasco de Alemán	42	7	35	12
Total	**70**	**8**	**62**	**20**

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Por otro lado, se extendió la invitación a participar a todas las personas que laboraban en los servicios de ILE: recepcionistas, enfermeros, enfermeras, médicas, médicos, trabajadoras sociales y trabajadores sociales. Se procuró no interrumpir en sus jornadas laborales y fijar la cita de entrevista con al menos dos días previos. Algunos aceptaron la entrevista el mismo día tras concluir su jornada laboral, la mayoría calendarizó la conversación en un día y hora en específico, y una minoría rechazó el participar en el estudio. Principalmente, el personal de salud que labora los fines de semana y días festivos en el Centro de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán se mostró con poca participación en el estudio, a pesar de que se les insistió de la importancia de sus

testimonios. En total se aplicaron 20 entrevistas al personal de salud, las cuales se llevabaron acabo dentro de las instalaciones de el área de ILE, la duración promedio fue de una hora con ocho minutos, la entrevista más corta fue de 36 minutos y la más prolongada de 2 horas con 18 minutos. A continuación, se desglosa el número de participantes por Centro de Salud y turno de trabajo. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Entrevistas semiestructuradas al Personal de Salud por Centro de Salud

Centro de Salud	*Jornada laboral*	*Personal de la salud contactado para una entrevista*	*Personal de la salud que aceptó la entrevista*	*Personal de la salud que rechazó la entrevista*
T-III México España	Lunes a viernes	10	9	1
T-III Beatriz Velasco de Alemán	Lunes a viernes	10	10	0
T-III Beatriz Velasco de Alemán	Sábado, domingo y días festivos	5	1	4
Total		**25**	**20**	**5**

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La aplicación de entrevistas a mujeres y a profesionales de la salud se limitó por los tiempos del trabajo empírico autorizados por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se detuvieron las conversaciones cuando se concluyó el periodo aprobado en el protocolo de investigación. En total se recopilaron 40 entrevistas semiestructuradas, de las cuales 20 se aplicaron a profesionales de la salud y 20 a usuarias de la ILE. Se transcribieron 47 horas y 38 minutos de conversación en su totalidad (no se contempla el tiempo de dos entrevistas donde no se autorizó el uso de grabadora de voz).

A cada participante se le explicaron los objetivos de la investigación, se le específico que tenía total libertad de no responder preguntas que le fueran incómodas y de suspender la entrevista si así lo deseaba en el momento. Tras señalar estas precisiones, se entregó una carta de consentimiento informado, donde los y las participantes aceptaron libremente compartir su experencia en el servicio de ILE y notificaron su autorización de grabar la conversación para resguardar la información en formato electrónico. (Ver Anexo 5) Respecto a los permisos de grabación, todas las usuarias aceptaron el uso de la grabadora y solamente dos profesionales de la salud accedieron a la entrevista sin la grabación electrónica de sus testimonios; por lo tanto, 38 entrevistas fueron transcritas en su totalidad, y en dos entrevistas la investigadora recopiló la información a través de notas

escritas mientras transcurría la conversación. Con el fin de cumplir con el compromiso de confidencialidad de la información e identidad de las y los informantes en el estudio, los nombres que aparecen en los resultados de la investigación son seudónimos elegidos al azar.

4.3 Perfiles de los/as participantes

4.3.1 Usuarias entrevistadas

La mitad de las entrevistadas residía en la Ciudad de México, 9 vivían en el Estado de México y solo una señaló vivir en Pachuca, Hidalgo. El contacto con usuarias foráneas fue escaso porque a ellas se les agiliza el servicio para iniciar su procedimiento de AMEU en el menor tiempo posible, dicha flexibilidad se les otorga para que regresen a una cita de revisión, y así concluyan su ILE el mismo día. Por lo tanto, eran escasos los tiempos donde la investigadora podía generar un diálogo e invitarlas a participar en el proyecto. No obstante, se logró diversidad a nivel local, se registraron participantes provenientes de 16 alcaldías o municipios distintos. (Ver Tabla 8)

Tabla 8. Lugar de residencia de las usuarias entrevistadas

Centro de Salud	*Estado*	*Municipios*	*Número de usuarias*
T-III México España	Estado de México	Huixquilucan, Chimalhuacán	2
	Ciudad de México	Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Álvaro Obregón, Tlalpan	6
T-III Beatriz Velasco de Alemán	Estado de México	Ecatepec de Morelos, Coacalco de Berriozábal, Nezahualcóyotl, Chicoloapan, Atizapán de Zaragoza,	7
	Ciudad de México	Gustavo I. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Venustiano Carranza	4
	Hidalgo	Mineral del Monte	1
Total			**20**

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El promedio de edad de las participantes fue de 27 años, las más jovenes tenían 18 años y la mayor 46 años, no se invitó a ninguna usuaria menor de edad a participar. Casi la mitad de las usuarias conformaba el grupo etario de 20 a 24 años, 20% declaró tener entre 25 y 29 años, 25% tenía 30 años o más y el 10% restante fueron usuarias de 18 o 19 años. Respecto al grado de estudios, 45% contaba con estudios universitarios, 35% había

cursado hasta el nivel de prepatoria, 15% tenía la secundaria terminada y solamente una persona señaló tener carrera técnica. Es importante mencionar que de ese 45% de universitarias, 25% mencionaron estar cursando los últimos semestres de la carrera y ese era un motivo importante por el cual interrumpían su embarazo. Sobre las estadísticas de hijos/as nacidos, la mayoría (11 usuarias) aún no eran madres, 5 mujeres tenían solamente un hijo/a, y una minoría (4 usuarias) eran madres de 2 o más hijos/as. (Ver Tabla 9)

Dentro de la muestra resalta que solamente una mujer se dedicaba de tiempo completo a las tareas del hogar, aunque es preciso decir que, en entrevista señaló que pronto iniciaría la búsqueda de empleo y no quería que un embarazo le pospusiera ese objetivo. En ese sentido, 85% de las mujeres entrevistadas contaban con ingresos económicos propios, sin embargo, la mayoría especificó que cruzaba por una crisis monetaria y sus ingresos eran reducidos en esos momentos. La pandemia sanitaria por COVID-19 fue mencionada en varias ocasiones como un factor que había impactado negativamente en sus ingresos económicos, ya sea por la pérdida de empleo o la disminución de ventas en sus negocios propios. Respecto a las prácticas religiosas de las usuarias, el 50% mencionó no tener ninguna religión, principalmente, las más jovenes; mientras que el 50% restante, las personas más adultas, señalaron practicar la religión católica, y algunas añadieron que este hecho tuvo un impacto significativo en su decisión.

Tabla 9. Características sociales de las usuarias entrevistadas

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Edad		
18 o 19 años	2	10%
20 a 24 años	9	45%
25 a 29 años	4	20%
30 años o más	5	25%
Estado civil		
Casada	4	20%
Soltera	11	55%
Divorciada	1	5%
Unión libre	3	15%
Viuda	1	5%
Grados de estudios		
Secundaria	3	15%
Carrera técnica	1	5%
Preparatoria	7	35%
Licenciatura	9	45%

Principal ocupación		
Trabajo del hogar	1	5%
Estudiante	2	10%
Trabaja y estudia	3	15%
Comerciante	6	30%
Empleada	8	40%
Religión		
Sin religión	10	50%
Católica	10	50%
Número de hijos/as		
0	11	55%
1	5	25%
2	3	15%
3 o más	1	5%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La mayoría de las usuarias acudieron al servicio de ILE con 8 o menos semanas de gestación (75%), solamente un cuarto de las entrevistadas tenían de 9 a 12 semanas de gestación. Por lo tanto, la interrupción del embarazo vía medicamento predominó dentro de la muestra, 17 mujeres interrumpieron su embarazo con mifepristona y misoprostol, 2 a través del procedimiento de AMEU, y una mujer no concluyó la interrumpción de su embarazo por tener 14.6 semanas de gestación. Asimismo, dentro de la muestra solamente una mujer había solicitado en más de una ocasión el servicio de la ILE. Es preciso remarcar que la mayoría aceptó la colocación de un método anticonceptivo de larga duración ofertados dentro del servicio de ILE, el 35% que no aceptó adoptar algún anticonceptivo afirmó que buscaría otras opciones que no estaban disponibles en la área de ILE (T de Cobre e inyecciones anticonceptivas) o que se habían agotado en esos momentos (DIU Mirena). Además, aunque todas fueron intercedidas por los grupos conservadores en contra del derecho a decidir a las afueras de las clínicas, solamente un 30% aceptó ingresar a sus camionetas para la realización de un ultrasonido y “asesoría” sobre la ILE. Todas coincidieron al señalar que estos grupos conservadores se presentaron como personal de la clínica encargado de una asesoría previa al ingreso a la clínica. (Ver Tabla 10)

Tabla 10. Características de las usuarias entrevistadas relacionadas al servicio de ILE

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Semanas de gestación		
4 o menos semanas	3	15%
5	4	20%
6	3	15%
7	1	5%
8	4	20%
9	1	5%
10	2	10%
11	1	5%
Más de 12.6 semanas	1	5%
Tipo de procedimiento		
AMEU	2	10%
Medicamento	17	85%
Más de 12.6 semanas	1	5%
Número de ILE's		
1	19	95%
2	0	0%
3	1	5%
4 o más	0	0%
Adopción de un método anticonceptivo		
Sí	13	65%
No	7	35%
Aceptó acceder a las instalaciones móviles de los grupos Pro-Vida		
Sí	6	30%
No	14	70%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

4.3.2 Personal de salud entrevistado

Un total de 20 profesionales de salud que intervienen en la atención de ILE aceptaron participar en el proyecto, 30% eran médicos/as, 20% pertenecía al equipo de enfermería, 15% se desempeñaba como recepcionista y el 35% formaba parte del área de Trabajo Social. Su tiempo laborando en los servicio de ILE, de la mayoría (75%), es menor a 5 años; solo un 35% de los profesionales de la salud tiene una trayectoria mayor a los 5 años dentro del área. Respecto a las edades de los participantes, destaca que el 45% son adultos con más de 50 años, solamente un 10% tiene una edad entre 18 y 29 años, 30% tenía entre 30 y 39 años, y el 15% restante va de los 45 a 49 años. El promedio de edad

de los profesionales de salud fue de 44 años, el participante más joven tenía 28 años y el mayor 60 años. Sobre la preparación académica del personal de salud, destaca que el 40% se ha especializado an alguna área médica, 35% cuenta con estudios de licenciatura y solamente el 15% había cursado hasta el nivel de preparatoria o carrera técnica (principalmente el personal de Trabajo Social).

Sobre el estado civil de los y las entrevistadas es preciso resaltar que la mayoría dijo estar casado/a (40%), un 35% declaró estar soltero/a, y los porcentajes de unión libre o divorcio suman solo el 15%. Asimismo, destaca que el 65% es madre o padre, mientras que una minoría especificó no tener hijos/as (30%). En comparación con las estadísticas de las usuarias entrevistadas, donde el 50% declaró no tener ninguna religión, llama la atención que la mayoría de los profesionales de la salud que laboran en el área de ILE se autodenominaron como católicos (75%), solamente un 10% mencionó no ser creyente de ninguna religión. (Ver Tabla 11)

Tabla 11. Características sociales y profesionales del personal sanitario entrevistado

Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Plaza de trabajo		
Médico/a	6	30%
Enfermero/a	4	20%
Recepcionista	3	15%
Trabajador/a social	7	35%
Edad		
18 o 29 años	2	10%
30 a 34 años	3	15%
35 a 39 años	3	15%
40 a 44 años	0	0%
45 a 49 años	3	15%
50 años o más	9	45%
Estado civil		
Casado/a	8	40%
Soltero/a	7	35%
Divorciado/a	2	10%
Unión libre	1	5%
Viudo/a	1	5%
Sin especificar	1	5%
Grados de estudios		
Carrera técnica	1	5%
Preparatoria	2	10%
Universidad	7	35%

Especialidad	8	40%
Maestría	2	10%
Variables	*Número absoluto*	*Número relativo*
Religión		
Sin religión	2	10%
Católica	15	75%
SUD	1	5%
Sin especificar	2	10%
Número de hijos/as		
0	6	30%
1	5	25%
2	6	30%
3 o más	2	10%
Sin especificar	1	5%
Tiempo trabajando en la ILE		
Menos de 1 año	5	25%
Más de 1 hasta 3 años	5	25%
Más de 3 hasta 5 años	5	25%
Más de 5 hasta 7 años	2	10%
Mas de 7 hasta 9 años	0	0%
Más de 9 años	3	15%

Fuente: Elaboración propia, 2022.

4.4 Análisis de la información

Las entrevistas a profundidad y las notas del diario de campo fueron transcritas a un formato digital para su procesamiento en el sotfware de análisis cualitativo MAXQDA versión 2020. En la creación de códigos se retomaron categorías, conceptos, proposiciones y problemáticas identificadas en otras investigaciones, asimismo, se consultaron marcos teóricos en materia de reproducción y derechos humanos. (Ver Anexo 6) Hubo una constante comparación entre los datos recolectados, enfoques teóricos y los hallazgos de otros estudios, de esta manera se mantuvieron, agregaron o modificaron categorías que coincidían o tenían una estrecha relación. La lectura repetida de los datos permitió refinar los códigos y generar un análisis integral que diera cuenta de las prácticas y significados predominantes en torno al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, a 14 años de su legislación en la Ciudad de México.

Capítulo 5. Resultados: obstáculos, resistencias sociales y avances en el derecho a decidir, a 14 años de su promulgación.

5.1 Obstáculos que limitan el libre ejercicio del derecho a la ILE

La siguiente sección hace énfasis de la importancia de que la legalización de ILE se acompañe de acciones administrativas y legislativas que aseguren la implementación de la política pública desde un enfoque de derechos humanos, donde se privilegie y respete la autonomía de las personas con capacidad de gestar sobre su reproducción y sexualidad. Es responsabilidad del Congreso de la Ciudad de México, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y las unidades sanitarias el actualizar y formular nuevos decretos, lineamientos y protocolos que resguarden en todo momento el derecho a decidir, combatan la estigmatización y criminalización social hacia las usuarias de la ILE y garanticen servicios médicos seguros y confiables.

Aunque se reconoce que la implementación perfecta de la política pública es utópica y las prácticas neutrales son solamente un ideal, en este apartado se puntualizan factores dentro de la implementación de la ILE que coartan el libre acceso al derecho, como el limitado cupo a los servicios o el acoso por parte de los grupos conservadores a las afueras de las clínicas. Se analizan ambas problemáticas desde un encuadre de justicia social, puesto que perjudican en mayor medida a las mujeres con menores capitales económicos y culturales. A las usuarias con recursos limitados les es más difícil asistir en más de una ocasión a las clínicas de salud, y aquellas con menores grados de estudios pueden carecer del conocimiento y apropiación de sus derechos, lo cual aumenta las probabilidades de que sean víctimas de acoso, discriminación o violencia obstétrica. Se resaltan las consecuencias de estos obstáculos para invitar a las autoridades gubernamentales e instituciones sanitarias a generar actualizaciones pro-derechos en la normativa vigente y también en los lineamientos que delimitan y moldean las prácticas médicas en el servicio.

5.1.1 El acceso al servicio de ILE: la lucha para obtener una ficha

La información acerca del servicio de Interrupción Legal del Embarazo en clínicas públicas de la capital del país llega a las usuarias, principalmente, a través de una amiga, familiar o conocida que solicitó con anterioridad una ILE o por medio de la internet, y en menor grado contactan fuentes como Locatel o acuden personalmente a las clínicas de salud. Resalta la internet como un canal eficiente en conectar a las mujeres con la política

de ILE, en específico, las páginas web gubernamentales de la Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el portal oficial de Interrupción Legal del Embarazo. Las entrevistadas coinciden al describir a estos sitios web como de fácil acceso, pues son las primeras páginas en Google tras teclear "ILE" o "aborto en la CDMX". Asimismo, las perciben confiables e informativas, contienen datos acerca de las unidades médicas con servicio de ILE, requisitos de acceso, horarios de atención, procedimientos médicos para la interrupción del embarazo, también cuentan con secciones de dudas frecuentes y recomendaciones.

Se destacan a las páginas web por facilitar la difusión de requisitos sin importar horario y lugar de residencia; no obstante, también se identificó una falta de actualización en sus contenidos, [14] lo cual puede traducirse en una pérdida de tiempo y recursos en el acceso al servicio. Durante el trabajo de campo se registró que, en los sitios web no estaba actualizada la información referente a requisitos de acceso, no se especificaban cuáles unidades médicas habían desactivado el servicio de ILE por la pandemia de coronavirus, ni se habían renovado los números telefónicos de atención. Aunque en las páginas se recomienda realizar una llamada para la resolución de dudas antes de asistir a las clínicas, distintas usuarias mencionaron no tener una respuesta vía telefónica o que los teléfonos estaban fuera de línea o equivocados, y no les fue posible verificar la veracidad de la información encontrada en la web.

Aunado a los testimonios de las usuarias, tras una revisión de las páginas gubernamentales se encontró que, en el sitio web de ILE proporcionaba un número telefónico fuera de línea para 8 clínicas distintas,[15] y los números de contacto del Centro de Salud T-III Dr. Juan Duque de Estrada[16] y Hospital Materno Infantil Tláhuac[17] enlazaban a una zona diferente a la ILE. Por otro lado, la página de la Secretaría de las Mujeres de la CDMX marcaba activo al servicio de ILE solo en 4 clínicas públicas[18] y facilitaba números de contacto distintos a los señalados en la página de ILE. Además, la información no estaba actualizada acorde a las modificaciones sanitarias para combatir la pandemia sanitaria de COVID-19, un ejemplo de ello es el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, sede incluida en los sitios de investigación porque en la internet aparecía

[14] La última revisión de las páginas web se realizó el 20 de marzo del 2022 a las 21:00 horas.
[15] Número telefónico de contacto: 5551320909, Opción 1
[16] Número telefónico de contacto: 5550381700 Ext.7740
[17] Número telefónico de contacto: 5558423601
[18] Centro de Salud T-III Cuajimalpa, Clínica Comunitaria Santa Catarina, Centro de Salud T-III México España y Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán

como activo, pero en realidad se había suspendido la atención de ILE para priorizar la aplicación de pruebas PCR u hospitalización de enfermos.

La inconsistencia de información entre los sitios web gubernamentales generó más dudas que resoluciones en varias usuarias. Asimismo, genera casos de desigualdad social, solo algunas personas tienen la posibilidad de costear el acceso continuo a la internet o el servicio de una línea telefónica, y muy pocas disponen de tiempo y recursos económicos para confirmar los requisitos directamente en las clínicas. Por lo tanto, la mayoría de las usuarias asiste al servicio únicamente con los documentos mencionados en la internet, lo que provoca que algunas no accedan a la ILE por el incumplimiento de ciertos requisitos de carácter obligatorio en la unidad médica, mismos que fueron incoherentes u omitidos en las páginas gubernamentales.

En los lineamientos oficiales de la ILE se establecen 4 requisitos de acceso, sin embargo, cada unidad médica cuenta con su propio listado de requerimientos obligatorios, los cuales son inamovibles para el acceso.[19] En el Centro de Salud T-III México España se niega el acceso, principalmente, porque las usuarias no presentan su estudio de grupo sanguíneo en original y copia. Entre 3 y 5 mujeres al día (numeraría registrada durante el periodo de observación: agosto a noviembre 2021) son rechazadas por no contar con este examen, el cual no está especificado en las páginas oficiales y es de carácter obligatorio. En el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán no solicitan un examen de grupo sanguíneo, pero algunas mujeres no acceden al servicio por supuestamente no cumplir con dos requisitos propios de esta clínica: la presencia de una persona mayor de edad que funja como acompañante durante el proceso de atención y la identificación oficial vigente de dicha persona en original y copia.

19

Requerimientos en el Centro de Salud T-III México España:
1. Estudio de grupo sanguíneo
2. Comprobante de domicilio en original y copia
3. Identificación oficial en original y copia
4. Acompañante mayor de edad cuando la ILE es vía AMEU

Requerimientos en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán:
1. Comprobante de domicilio en original y copia
2. Identificación oficial en original y copia
3. Acompañante mayor de edad
4. Identificación oficial del acompañante en original y copia

En ambas clínicas, cuando la usuaria es menor de edad es obligatoria la compañía de la madre, padre o tutor; acta de nacimiento en original y copia, Curp y credencial de la escuela en original y copia. Aunado a estos documentos, las usuarias deben llevar un litro y medio de agua, pluma y un desayuno ligero. La entrega completa de requisitos es primordial durante la recepción.

Aunque en la página web se coloca como “opcional” el que las mujeres mayores de edad asistan acompañadas: “Se recomienda acudir con un acompañante con identificación oficial en original y copia” (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2022), en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán es un requisito obligatorio para todas las usuarias (el acompañante debe estar presente cuando la recepcionista revisa la documentación de la usuaria y mantenerse durante todo el proceso de atención dentro de la clínica); y en el Centro de Salud T-III México España es obligatorio solamente cuando la interrupción del embarazo es vía AMEU, porque la usuaria ingresa a sala de quirófano y demandan la presencia de algún conocido, familiar o pareja (cuando la usuaria asistió sola a la clínica se le programa una cita médica para que regrese junto con su acompañante a concluir su servicio de ILE).

Algunos profesionales de la salud remarcan que el requisito de un acompañante es para prevenir casos de emergencia en procedimientos de AMEU, lo cual podría resultar compresible (aunque las tasas de complicaciones graves son menores al 1%). Sin embargo, en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán el asistir con un acompañante es obligatorio para todas las usuarias, no depende del tipo de procedimiento médico. Poco importa que la mayoría de las interrupciones de embarazo se dan con medicamentos para su uso en el domicilio, o que las mujeres residentes de la CDMX o EdoMex deberán programar una cita si su ILE será por AMEU. Tampoco se podría decir que los(as) acompañantes representan una fuente de apoyo emocional durante el proceso de atención, pues las usuarias ingresan a la zona de ILE, mientras que las parejas, familiares o amistades se mantienen en una sala de espera ubicada en el patio de la clínica. No hay interacciones de apoyo durante el proceso.

Algunos profesionales de la salud explican que la obligatoriedad de un acompañante está pensado a favor de las usuarias; no obstante, este requisito limita la autonomía reproductiva de las mujeres. Provoca que las usuarias, a pesar de ser mayores de edad, den a conocer su decisión a una segunda o tercera persona aún en contextos donde no lo quisieran hacer, corriendo el riesgo de que esas personas no representen una fuente de apoyo positivo para ellas, y, por el contrario, deban afrontar cuestionamientos o críticas negativas. Con este requisito el acceso a la ILE depende de la colaboración de alguien distinto a la persona embarazada, no basta con la voluntad de la mujer.

La obligatoriedad de un acompañante obstaculiza el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, pone en riesgo la autonomía, intimidad, dignidad y seguridad de las mujeres, y al mismo tiempo, expone a las personas con capacidad de gestar a ser posibles víctimas de

criminalización, hostigamiento u hostilidad. El hecho de que las mujeres dependan de la disposición de otras personas para poder ejercer libremente su derecho, aumenta las probabilidades de que se generen casos como el de Cristel[20] (29 años, viuda, madre de un niño de 9 años). En entrevista narró que el requisito de un acompañante le fue muy difícil de cubrir porque su única amiga de confianza reside en otra entidad, no tiene familiares en la Ciudad de México, tampoco recibió apoyo del corresponsable del embarazo y solamente podía asistir a la clínica en sus días de descanso laboral, este cúmulo de contratiempos dieron como resultado que accediera a la clínica con más de 12.6 semanas de gestación y le fuera negada la ILE:

> "Me regresaron como 4 veces, iba en mis días de descanso. […] En la primera me regresaron por la credencial de elector de mi acompañante, su copia no coincidía con su credencial. […] La siguiente vez no alcancé ficha, lo mismo pasó en la que sigue, y en la última sí alcancé ficha y fue cuando me dijeron que ya no se podía hacer porque ya tenía más tiempo del permitido. […] La primera vez me acompañó mi amiga, la segunda y tercera vez me acompañó otra muchacha, en la cuarta vez fue la chica de Fondo María. […] La muchacha que me aconsejó no vive aquí y por eso no me pudo acompañar, todo lo que mandaba era vía WhatsApp o Facebook. […] Una amiga me acompañó la primera vez, pero en el carrito nos dijeron muchas cosas, le dijeron a ella "el acompañante no es en balde, el acompañante viene por si ella se está muriendo, tú tienes que salir corriendo a buscar una ambulancia, avisarle a la familiar la condición en la que ella se encuentre". Entonces, en la segunda semana en la que fui, cuando descanse de mi trabajo, le dije que me acompañara, primero que me dijo que sí y luego que tenía que trabajar, me puso mil pretextos hasta que me dijo "la verdad la estoy pensando, por lo que nos dijeron no quiero arriesgarme, ni quiero arriesgarte a ti". […] Después buscando las clínicas, vi que la segunda muchacha tenía "me gusta" en una clínica de ILE, le pregunté si conocía sobre el tema, me respondió que conocía a una amiga que se iba a hacer uno, pero el tiempo se le había pasado y ya no fue. En eso se ofreció a acompañarme y le dije que sí, solo me pidió lo de sus pasajes, le dije que le pensaba dar algo si me acompañaba y me hacía el favor porque dicen que es muy arriesgado y no cualquier persona se ofrece, me dijo que sí porque necesitaba dinero. Fuimos una segunda y tercera vez, pero no se pudo. En la cuarta vez contacté a Fondo María, lo encontré en internet buscando otras clínicas económicas o que no cobraran. […] Muchas personas no pueden por la hora, otras no pueden por su trabajo, mi única amiga de confianza que tengo era ella, fue a la única a la que le quise decir y me podía acompañar, entonces se espantó porque fuimos con el camión y ya no me quiso acompañar." (Cristel, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Después de cuatro intentos Cristel logró acceder al servicio de ILE, pero le diagnosticaron 14.6 semanas de gestación y le pidieron dirigirse a control prenatal en el Centro de Salud más cercano a su domicilio, no se podía realizar la interrupción del embarazo porque superaba el límite legal de gestación. Aunque ella decidió que no quería

[20] Con el objetivo de proteger la identidad de las usuarias y profesionales de salud que aceptaron participar en el estudio, se les han asignado seudónimos para nombrarles; también se han creado seudónimos para mencionar los casos registrados en el ejercicio de observación dentro de los Centros de Salud.

seguir con el proceso gestacional en cuanto se enteró del embarazo, acceder dentro de las primeras 12 semanas de embarazo le fue imposible, pues sus redes de apoyo eran limitadas, se demoró en gestionar tiempos libres y fue víctima del hostigamiento de los opositores al derecho a decidir a las afueras de la clínica. La desinformación y acoso de los grupos anti-derechos provocó que Cristel perdiera su único apoyo, la orillaron a ofrecer un pago para que alguien fungiera como su acompañante y finalmente que, continuara con un embarazo no deseado.

El caso de Cristel también expone que la alta demanda de ILE's se convierte en un obstáculo para el acceso dentro de las primeras 12 semanas de gestación. La congestión de mujeres interesadas en el servicio se percibió en las dos unidades de observación: Centro de Salud T-III México España y Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán. En ambas clínicas, todos los días, a partir de las 4:00 am se formaban entre 20 y 30 mujeres para conseguir un lugar en el servicio de la ILE; sin embargo, solo se admitían entre 10 y 15 personas con el fin de preservar las medidas sanitarias establecidas por la contingencia de COVID-19. Ante el bajo cupo en el servicio, varias mujeres se veían en la necesidad de regresar por una segunda o tercera ocasión, lo cual puede resultar sencillo o complicado según el lugar de residencia y presupuesto monetario de cada usuaria. Asistir a las clínicas en más de una ocasión se complica en mayor medida para aquellas que viven en las periferias de la Ciudad de México o el Estado de México.

El cierre de algunas clínicas de ILE por COVID-19 generó movilidades más amplias hacia las unidades activas, las cuales en vez de ampliar su servicio lo redujeron. Esta reducción perjudicó, principalmente, a las mujeres que residen en lugares más alejados de las clínicas. Las personas que no poseían automóvil propio, se veían en la necesidad de contratar transporte particular, pedir el favor de transportación a una segunda persona o pasar la noche en casa de un familiar o amistad que viviera cerca de la clínica, de otra manera llegarían al centro de salud después del horario de recepción o no alcanzarían ficha de acceso. Esperar un turno desde las 4:00 de la madrugada se les facilitaba a las personas con mayores ingresos económicos o que vivían en los alrededores; se observó que las primeras usuarias solían llegar en vehículo particular y esperaban dentro de este la mayoría del tiempo, habían pagado transporte privado o su casa se ubicaba en colonias cercanas.

El desabasto del servicio propiciaba un ambiente con mayores niveles de tensión, estrés y preocupación durante la etapa de recepción, los lugares eran limitados y la premura de acceso era compartida. Se observaron casos esporádicos de mujeres que

conseguían una ficha extra a las disponibles en el día, este grupo se incorporaba al servicio de ILE después de explicar su contexto personal o señalar su número de semanas de gestación, otras solicitaban el acceso como un favor especial, y una minoría confrontaba al personal de salud y exigía su derecho al servicio. Para ejemplificar la diversidad de estrategias de resolución para entrar a la ILE, se retoma el caso de Minerva[21] (mayor de 25 años, soltera, con estudios de licenciatura), quien consiguió acceder a la ILE tras hablar con el Director de la Unidad Médica. En un inicio le fue negado el servicio y se le pidió regresar al siguiente lunes porque accedió una hora después a la recepción inicial (la demora ocurrió porque salió a conseguir su estudio sanguíneo); sin embargo, Minerva buscó al Director para explicarle su situación laboral, donde la gestión de permisos es complicada y le negarían ausentarse por una segunda ocasión. Esta acción le permitió regresar a la zona de ILE acompañada de la secretaria de Dirección, quien habló con el jefe médico para la autorización de acceso a Minerva.

El caso de Minerva resalta porque en ese día no fue la única que intento acceder al servicio después de la recepción de documentos, otras dos mujeres también insistieron por un lugar, argumentaban que en la página de internet no se informaba sobre el requisito de una prueba sanguínea y la recepcionista les había permitido salir a conseguir dicho estudio. A las tres usuarias les pidieron volver al siguiente día de servicio antes de las 7:00 am, pero solamente Minerva buscó otra vía de acceso a la ILE y gestionó hablar con las autoridades del Centro de Salud. Su capacidad resolutiva fue eficiente y pacífica, no recurrió a discusiones o enfrentamientos con el personal de salud.

La asistencia a las clínicas en más de una ocasión no es una cuestión sencilla; la mayoría solamente puede ir en días de descanso, algunas deben solicitar permisos laborales, otras pierden el salario del día o se ven en la necesidad de inventar pretextos para salir de casa, cada usuaria tiene un contexto particular y gestiona diversos factores. El acceso al servicio solamente se facilita a mujeres foráneas, en ambos centros de salud se identificó un alto nivel de empatía y sensibilización hacia las usuarias residentes de otras entidades distintas a la Ciudad de México y Estado de México. No importa si tienen los últimos lugares en la fila, las mujeres foráneas son las primeras en ingresar e iniciar su proceso de ILE. A este grupo se le ofrece el procedimiento de AMEU de manera inmediata, así el personal médico se asegura que la interrupción del embarazo concluyó con éxito y las usuarias no se ven en la necesidad de regresar a una consulta de revisión.

[21] El caso de Minerva se observó en el Centro de Salud T-III México España en el mes de septiembre del 2021.

La sobredemanda de ILE no atendida por el Estado pone en riesgo la salud reproductiva y vida de las usuarias, pues la política pública se aplica de manera parcial y solo algunas pueden ejercer su derecho de manera oportuna y segura. Durante el trabajo de campo no se observaron mecanismos alternos para resolver la saturación en el servicio, las respuestas por parte del personal de salud se caracterizaban por ser cortas y tajantes: "Ya no hay lugares, sería hasta el día de mañana", "Hasta aquí chicos, vengan el día de mañana, ya no hay cupo", "Ya no tengo lugar el día de hoy". Aunque en la legislación se plantea que el servicio debería darse en un máximo de 5 días después de su solicitud, en la práctica no hay un seguimiento de las personas interesadas en la ILE que no alcanzaron cupo en el día, el Estado se deslinda de sus responsabilidades en la promoción de servicios oportunos.

5.1.2 La inseguridad en la fila de espera en el exterior del Centro de Salud

Las usuarias esperan el servicio de ILE sobre la vía pública desde las tres o cuatro de la mañana, ellas y los acompañantes cargan con cobijas, bancos y paraguas, algunas se mantienen abrazadas de sus parejas y otras compran cigarros o café para resistir las bajas temperaturas. Aunque en ambas clínicas la espera inicial se da a sus afueras, el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán resalta por percibirse como un lugar inseguro porque no hay alumbrado público, ni se cuenta con personal de seguridad. La percepción de inseguridad fue compartida por usuarias y profesionales de la salud, al respecto Lucas (personal de salud, 52 años, casado, padre de una hija y un hijo) señaló:

> "Me parece muy inadecuado, me parece incluso hasta peligroso para las pacientes estar ahí afuera, porque la zona no es tan buena, no está tan vigilada, entonces el hecho de que las hagan venir a formarse tan temprano cuando pues saben que van a salir un poco antes de las 7:00 am o a veces hasta después de la 7:00 am por ellas, sí me parece que no debería de ser, me parece una arbitrariedad, algo feo." (Lucas, Personal de Salud)

La lucha por un lugar en el servicio de ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán[22] comienza alrededor de las tres o cuatro de la madrugada (el servicio

[22]La lucha por un lugar en el Centro de Salud T-III México España es distinta, las mujeres hacen fila en la entrada principal de la clínica, algunas madrugan desde las 4:00 am, pero la mayoría llega alrededor de las 6:00 de la mañana. También se forman sobre la banqueta, pero este sitio cuenta con alumbrado público y a las 7:00 en punto les permiten el acceso para que continúen el proceso de atención en las salas de espera del Centro de Salud. La recepción de documentos se da dentro de la clínica sin la presencia de grupos externos al personal de salud. No obstante, en esta unidad médica como medida preventiva de contagios de COVID-19 no se le permite la entrada a las y los acompañantes con el fin de no saturar el espacio.

inicia a las 7:00 am de lunes a viernes y fines de semana o días festivos a las 7:30 am)[23], el acceso de las usuarias no se da por la entrada principal del Centro de Salud, las mujeres y sus acompañantes entran por una reja secundaria que da directamente al área de ILE, ubicada en la parte trasera de la unidad médica. Esa entrada no se encuentra resguardada por ningún vigilante de seguridad, los y las policías permanecen en la recepción principal del Centro de Salud. Donde se forman las usuarias de ILE no se cuenta con infraestructura que posibilite una espera segura y tranquila, en cambio, hay mayores probabilidades de que se presenten casos delictivos por las características del espacio.

Además, la revisión de requisitos sobre la vía acrecienta la exposición de las usuarias a episodios de acoso y hostigamiento por parte de personas con ideologías contrarias a la legalización del aborto. Que la espera y recepción de usuarias se ejecute sobre la calle pública les posibilita a los grupos Pro-Vida abordarlas con mayor facilidad, pues observan directamente qué mujeres están esperando por el servicio de ILE y qué mujeres fueron rechazadas por falta de requisitos o no alcanzaron una ficha. El acercamiento resulta más sencillo porque les ofrecen "asesoría sobre la ILE" y se presentan como una segunda opción segura.

5.1.3 Acoso de Grupos Pro-Vida: intervención contra el ejercicio del derecho a ILE

El limitado acceso al servicio de ILE y el largo tiempo de espera son deficiencias de la política pública aprovechadas por los grupos conservadores contrarios al derecho a decidir ubicados a las afueras de las clínicas públicas. En cada unidad médica se observaron entre 5 y 7 personas anti-derechos, iniciaban su labor aproximadamente a las 6:00 am y se retiraban entre las 8:00 y 9:00 am. El acercamiento con las mujeres se les facilitaba por la confusión que causan sus instalaciones móviles estacionadas a un costado de los centros de salud, estos vehículos tienen el logotipo de la organización "deSíde ILE", y grandes rotulados con la leyenda "Interrupción Legal del Embarazo".[24] Aunque la mayoría de sus camionetas tienen estas calcomanía, durante el ejercicio de observación se corroboró que pertenecen a la red latinoamericana de Centros de Ayuda para la Mujer (CAM, asociación que trabaja para "salvar vidas del aborto en toda América Latina")[25],

[23] En la página oficial del servicio de la ILE se señala que los fines de semana y días festivos el servicio también inicia a las 7:00 am, no obstante, en la práctica comienza a las 7:30 am.
[24] También tienen rotulados las leyendas: "absoluta discreción", "ultrasonido gratuito", "ayuda inmediata". Y tres canales de comunicación: teléfono de contacto "8006248632", página web "www.decide-ile.com" y página de Facebook "decide-ile".
[25] Página web oficial: https://www.camslatinoamerica.com

pues dos de sus vehículos mantenían los rotulados del CAM, pero los “asesores” eran las mismas personas, solamente cambiaban de unidad móvil.

Las leyendas “Interrupción Legal del Embarazo” son una estrategia de comunicación que les facilita el confundir y engañar a las mujeres que buscan los servicios públicos de ILE. De manera intencional, con estas calcomanías se apropian del nombre del servicio, crean una primera impresión “informativa” y se describen como el primer filtro de atención. A diferencia de los Centros de Salud que no cuentan con letreros informativos sobre la ILE en su exterior, estos grupos aprovechan sus etiquetas, se presentan como asesores del servicio para acosar a las mujeres que acuden a las clínicas y no disponen de información acerca de su verdadera identidad. El acercamiento se caracteriza por ser muy persuasivo, amable, empático e insistente, suelen garantizarles que no se perderá el lugar en la fila de espera y las asesorías en las instalaciones móviles son muy rápidas, no obstante, ambas cuestiones son falsas pues las pueden entretener por más de 20 minutos y el lugar en la fila no es reservado.

Estos grupos interceptan a todas las mujeres que se dirigen hacia los centros de salud; de primer momento, las saludan cordialmente; después les preguntan qué servicio de salud buscan, si las personas responden que están interesadas en la ILE, prosiguen a ofrecerles una asesoría sobre los procedimientos de interrupción del embarazo y un ultrasonido gratuito para verificar el tiempo de gestación. En sus acercamientos platican sobre casos de mujeres que asisten sin estar embarazadas y por ello la relevancia de conocer el “dato exacto” de las semanas de gestación. Dicen ser la “parte previa” del servicio, encargados de explicar los procedimientos de interrupción del embarazo y proporcionan dos folletos: “ILE ¿Medicamento o AMEU?” (Anexo 7) y “Síndrome post aborto” (Anexo 8).[26]

---

[26] Durante el ejercicio de observación, en repetidas ocasiones la investigadora fue acosada por estos grupos Pro-Vida, en total recibió 21 folletos. Igualmente, se le presentaron como “la parte previa del servicio”, le ofrecieron el servicio de ultrasonido y le aseguraron que ellos solamente estaban allí para informar. A continuación, se recupera la transcripción de una intervención sucedida a las afueras del Centro de Salud T-III México España en el mes de octubre 2021:

> **Pro-Vida:** Señorita, buenos días, ¿venía a un servicio médico?
> **Investigadora:** Al ILE.
> **Pro-Vida:** Mira, soy parte previa en el servicio de ILE, hago ultrasonido completamente gratuito para corroborar el embarazo, de acuerdo al tamaño gestacional te explico el procedimiento que te espera, si va a ser por medicamento, si va a ser por aspiración. ¿Vienes al servicio tú o vas a esperar a algún acompañante?
> **Investigadora:** Estoy esperando a mi amiga.
> **Pro-Vida:** Ok. En la unidad de la esquina, no tiene ningún costo, pero necesito a la chica que está embarazada para hacer el procedimiento de información, tengo que hacer el ultrasonido para corroborar que está embarazada, sale.

Foto 1. Instalaciones móviles de grupos Pro-Vida en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán, 18 de noviembre 2021. Material capturado en el trabajo de campo.

Foto 2. Instalaciones móviles de grupos Pro-Vida en el Centro de Salud T-III México España, 19 de noviembre 2021. Material capturado en el trabajo de campo.

A las mujeres que aceptan la "asesoría" les solicitan ciertos datos personales como su nombre completo, edad, dirección de residencia, estado civil, número de hijos, ocupación, número celular. Después las ingresan a las camionetas y les realizan un

---

Investigadora: Entonces la espero.
Pro-Vida: Sí, no te preocupes, que tengas buen día.

ultrasonido sin ni siquiera pedirles que tomen agua. A través de engaños y mentiras invaden la privacidad y confidencialidad de las usuarias, y recopilan datos sociodemográficos, de contacto y médicos. Resulta preocupante qué hacen o en dónde termina este cúmulo de información personal que por ley tiene carácter confidencial, también se desconoce si el acoso y hostigamiento sigue después de esa plática, si las mujeres continúan en contacto con el personal de CAM o de qué manera son utilizados los datos recolectados.

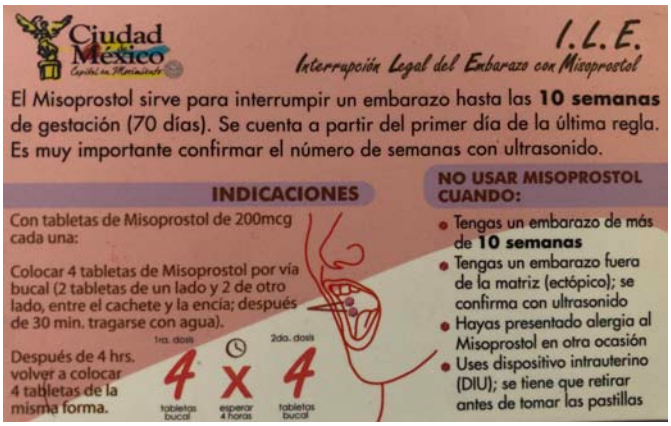
Diversos testimonios de las usuarias coincidieron al señalar que, en las supuestas asesorías les alteran el número de semanas de gestación con dos objetivos: 1) hacerles creer que tienen más de 12 semanas y serán rechazada en la clínica, y 2) exagerar e inventar posibles complicaciones en el proceso de interrupción. Les aseguran que ellos "sí dicen los verdaderos riesgos" de un aborto, y que, en cambio, en el Centro de Salud no dicen la verdad del procedimiento y las hacen firmar una hoja donde se deslindan de cualquier situación de peligro. Les resaltan que son muy altas las probabilidades de sufrir una hemorragia, una perforación de útero, cáncer de mama o infertilidad a causa del aborto. Las engañan diciéndoles que estarán por 50 días con sangrados, vómitos y dolor de cabeza, incluso les inventan patologías como miomas uterinos para hacerles creer que pueden morir de sangrado. En resumen, toda la desinformación que difunden tiene la clara intención de desacreditar los servicios públicos de ILE y generar miedo hacia los procedimientos de interrupción de embarazo. Esto tiene como consecuencia que las usuarias accedan a las unidades médicas con incertidumbre o miedo, con sentimientos de culpa, o prefieran desistir a la interrupción y continuar con su embarazo.

Los grupos Pro-vida recurren a narrativas catastróficas donde se aprovechan de los datos personales que les han proporcionado, para ejemplificar esta violación a la intimidad y confidencialidad de las usuarias se retoma la narrativa de Cristel, mujer que desistió de interrumpir su embarazo vía medicamentosa por los sentimientos de miedo que le sembraron cuando nombraron a su hijo de 9 años en su "asesoría", construyeron un escenario donde Cristel era una "mala madre" que no pensaba en el bienestar de su hijo:

> "En la esquina hay un carro que también te hace un ultrasonido, ya había preguntado allí cuando fui la primera semana, ellos me dijeron que tenía más semanas de gestación. Me dijeron "ya tienes un niño, si te llega a pasar algo, si te mueres, o te de un cáncer y con el tiempo ese cáncer te mata". Entonces sí me metieron ese miedo y me puse a pensar "y si me tomo el medicamento, si me hago daño yo misma, voy a dejar a mi niño de 9 años huérfano, y no sé si se logre interrumpir con el medicamento, entonces si no quiero cuidar a un niño

bien, cómo voy a cuidar a un niño enfermo, si no me hace el medicamento, pero a él le pasa algo qué voy a hacer". Me puse a pensar cosas así y por eso decidí no tomar el medicamento." (Cristel, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Los sentimientos de miedo e inseguridad pueden aumentar al leer los folletos que proporciona la asociación deSíde. Ambos trípticos son repartidos a todas las usuarias de la ILE, en cambio, por parte de los Centros de Salud no existe una campaña informativa con carteles o trípticos sobre la ILE, no se identificaron materiales impresos respecto al derecho a decidir, la ILE no es nombrada en las paredes de las salas de espera que están tapizadas de carteles de distintos temas en el área de salud. Solamente algunos profesionales de Trabajo Social reparten tarjetas de presentación con datos sobre la toma de pastillas y signos de emergencia. No obstante, estos materiales fueron impresos durante el Gobierno de Marcelo Ebrard (2006-2012), por tanto, su información no está actualizada y en ocasiones genera confusiones en las usuarias. La única información repartida dentro de las clínicas es anticuada tanto en las indicaciones de toma de pastillas, como en el número de contacto "ILETEL".



¿Qué información contienen los trípticos? En el primero, titulado "ILE ¿Medicamento o AMEU?", advierten que no se debe tomar misoprostol porque ese medicamento no fue creado para abortar y su consumo puede provocar "un aborto incompleto y lo siguiente es un AMEU". Mencionan que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México marca a la anemia, la perforación uterina e infertilidad como posibles afectaciones físicas de un aborto. En su segundo tríptico "Síndrome Post Aborto", los grupos anti-derechos vuelven a señalar que la Secretaría de Salud ha evidenciado graves consecuencias psicológicas en mujeres que han abortado, como sentimientos de culpa, ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima, insomnio, hipersomnia, rabia, dolor, remordimiento, neurosis, enfermedades psicopáticas, pesadillas, recuerdos dolorosos en la fecha en la que hubiera nacido, anorexia, bulimia, pérdida de la concentración o sensación de vacío.

En sus pláticas y folletos, sin ningún fundamento científico, indican que los síntomas "Post Aborto" pueden presentarse de manera inmediata, a los pocos días o años después de la interrupción del embarazo. Clasifican a la ILE como "la pérdida de un hijo o de un bebé", aseguran que las mujeres tendrán pesadillas con el "bebé abortado", no podrán perdonarse a ellas mismas y seguramente querrán "tener a otro bebé que sustituya al abortado". Manejan un lenguaje de "bebés" e "hijos" para generar culpabilidad y hacerlas sentir como "malas madres" o "malas mujeres" que van a "desechar" a un "bebé". Asimismo, añaden maquetas o videos representando al embrión como un "bebé", y así dramatizar y exagerar la expulsión del producto. Al respecto, Olimpia (18 años, preparatoria terminada, empleada en pequeños comercios) en entrevista mencionó:

> "Nosotros no sabíamos bien en dónde nos debíamos formar, nos sentamos y llegaron a darnos unos folletos, ya no los tengo, pero hablaban de lo que era el aborto, los métodos y cosas así. Venían como si nos los estuviera dando la clínica, como si nos fueran a dar asesoría. Nos dijeron "pásenle por acá", nos subieron al camión, nos dijeron "espéranos tantito, ahorita viene la doctora". Después la doctora nos saludó, nos preguntó cómo estábamos, me dijo que me acostara porque me haría un ultrasonido y me preguntó cuántas semanas tenía, yo le dije que más o menos ocho según mis cuentas. Después de que me hizo el ultrasonido me dijo "mira, este es tu bebé", me remarcó que tenía un bebé, me dijo "allí está tu bebé y afirmativamente tienes ocho semanas". Me empezó a decir que por qué habíamos decidido abortar, qué nos impedía no tenerlo, nos empezaron a cuestionar, incluso me mostraron unos bebés como de gomita, unos fetos de gomita, me dijeron "tu bebé está de este tamaño". Me dijeron de unas páginas o clínica que apoyaban a la mujer por embarazo adolescente, me dijeron cómo era el proceso de la pastilla y el proceso de la extracción del bebé, bueno del feto. Me dijeron los pro y contra, a cada rato me decían que si salía algo mal me iba a morir. […] Me dijeron que "un bebé pesaba más en la conciencia que en los brazos", en eso decidí salirme. Salimos y nos dimos cuenta de que habíamos perdido la fila para pasar a la clínica."

(Olimpia, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

En ambos trípticos, estos grupos colocan a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México como su fuente bibliográfica: “Oficio No. SSCDMX/SCAOIP/3263/2016/”. De esta manera, hacen creer que los datos son verídicos y provienen de instituciones gubernamentales. En contraste con los datos falsos que difunden, el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México publicado en el 2021 por la Secretaría de Salud, marca a la mifepristona y al misoprostol como los fármacos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar un aborto seguro y eficaz. Menciona a la hemorragia como la única y poco probable complicación mayor que pudiera presentarse en una ILE: “puede ocurrir en 0 a 3 de cada 1,000 casos con medicamentos hasta las 9 semanas o con aspiración por vacío hasta antes de las 13 semanas; y en 0.9 a 10 de cada 1,000 casos con evacuación endouterina a las 13 semanas y más de gestación.” (Secretaría de Salud, 2021, p. 63)

Respecto al supuesto síndrome “Post Aborto”, no hay evidencia científica que demuestre su existencia, se ha demostrado que las mujeres que reportan síntomas de tristeza o culpabilidad respecto a su decisión se han visto envueltas en contextos de estigmatización social o presentaban signos de depresión antes de la interrupción del embarazo. (Ipas México, 2020) Lo cual no quiere decir que el proceso de ILE se viva de manera tranquila, al contrario, se presentan sensaciones de angustia, impaciencia, enojo, estrés o tristeza, pero van disminuyendo con el paso del tiempo. A partir del 2007 se han desarrollado diversas investigaciones en torno a la pregunta “¿El aborto afecta la salud mental de las mujeres?” y la respuesta ha sido clara:

> “Abortar en condiciones legales y seguras no se relaciona con el desarrollo de condiciones mentales negativas. […] Realizar un aborto de manera segura, legal, informada y con tecnología adecuada evita que existan consecuencias negativas para la salud mental de quienes deciden ejercer ese derecho. […] Los estudios revelaron que las mujeres que han sido obligadas a continuar con embarazos no deseados son quienes tienden a desarrollar, por ejemplo, ansiedad y presentan complicaciones en el embarazo.” (Ipas México, 2022a)

El denominado síndrome “post-aborto” es uno más de los múltiples mitos en torno al aborto que perjudican la libre toma de decisiones sobre la propia reproducción. Los CAM interceptan, acosan y hostigan a las mujeres en una decisión que debe desarrollarse en un contexto de autonomía, privacidad y respeto. Los sentimientos que provocan son tantos y tan diversos que algunas de las mujeres continúan con embarazos no deseados al creer que la ILE puede generar cáncer de mama o tal vez mueran en el proceso, y otras

ingresan con el temor de que el servicio es inseguro, sucio y peligroso. Los grupos Pro-Vida desinforman sobre el proceso médico y ocasionan que las mujeres entren con miedo e incertidumbre, lo cual entorpece y deslegitima la implementación de la política pública.

Estas personas anti-derechos violentan a las usuarias y también desprestigian los servicios de salud públicos. Los profesionales de la salud entrevistados concuerdan en que, dicha desinformación denigra a su profesión porque los colocan como "carniceros", personal "antihigiénico" y con baja preparación en el tema. Al respecto, Gael, especialista en Ginecología y Obstetricia (35 años, soltero) mencionó: "Les dicen que aquí es muy peligroso, que pueden perder la vida, que los tratamientos que hacemos son sin anestesia, sin cuidado, cuestiones que están fuera de la realidad."

La implementación del servicio de ILE se ve perjudicada porque los médicos y enfermeras invierten más tiempo en la aclaración de patologías inventadas por los grupos anti-elección, como la presencia de miomas grandes o la alteración en el número de semanas de gestación. La atención se demora tratando de calmar inseguridades, miedos o sentimientos de culpa, en especial, cuando las mujeres entran al procedimiento de AMEU, puesto que fueron aterrorizadas con videos e imágenes violentas y falsas acerca del proceso de aspiración.

¿Se ha hecho algo para combatir las consecuencias de las "asesorías" de los grupos Pro-Vida? Realmente se ha hecho muy poco, permea la percepción de que no se pueden limitar las dinámicas de las personas anti-derechos porque se ubican en la vía pública y se les debe respetar su libertad de expresión. Retomemos la narrativa de Olivia para explicar este punto, una persona con larga trayectoria en el Centro de Salud T-III México España (60 años, viuda):

> "Antes se ponía una pancarta que decía "Todos los servicios de Interrupción Legal del Embarazo son adentro del Centro de Salud, piso tal, con doctor tal, etcétera", ahí la ponían, la directora anterior la ponía diario, sí les servía a muchas pacientes porque ya no se dejaban engañar, pero solo las que las alcanzaban a leer. Hay gente que viene de otros estados de la república, que no sabe cómo andar en los centros de salud y se van con la pinta de que son un primer filtro. […] En un tiempo hicimos todo para que hablaran con ellos, los corrieran, nos dimos a la tarea de que las chicas escribieran en sus sugerencias esa parte "a mí sí me abordaron las camionetas que están allá abajo y pido que las retiren de ese lugar, porque informan mal, solamente engañan", se juntaron un buen de comentarios, de sugerencias, de quejas, las fuimos a dar junto con un escrito a Dirección General, y ellos lo iban a tratar en la Secretaría de Salud en el área de Salud Reproductiva, pero ahí quedó el tema, no nos dieron respuesta y las camionetas siguen. Lo único que en ese momento se ganó fue lo de la pancarta que te digo, la directora nos dijo "no podemos hacerles nada porque es como un trabajo ambulante, a lo mejor no tienen permiso, pero es como un puesto más de dulces, tamalitos, no los podemos quitar, la delegación en cierta parte los protege, ellos están haciendo su labor,

mientras no invadan, no se metan al Centro, no se metan con el personal de salud.” (Olivia, Personal de Salud)

Aunque estas personas se instalan sobre la vía pública, su actividad no es neutral como un puesto de desayunos o dulces, su labor intercepta, perjudica y limitan los derechos humanos de la mayoría de mujeres que acuden a los servicios públicos de ILE, solo unas cuantas son consientes de que estas personas no son parte del Centro de Salud y rechazan su “asesoría” o folletos. Ante esta problemática, otros gobiernos como Francia, Alemania, Austria y Reino Unido, y recientemente España[27], han impulsado legislaciones que penalizan el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo. El 14 de abril del 2022, entró en vigor la modificación al Código Penal español que, penaliza "actos molestos, ofensivos, intimidatorios o coactivos" que "menoscaben la libertad de las mujeres" interesadas en los servicios de interrupción voluntaria del embarazo o que obstaculicen el trabajo del personal facultativo o directivo de las unidades médicas. La ley impulsada por el Partido Socialista en España contempla penas de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días; y de acuerdo con la gravedad del acto o la repetición del hecho por el mismo autor, el tribunal podría prohibir la presencia del responsable en las unidades sanitarias por un tiempo de seis meses a tres años.

En la discusión política los grupos contrarios al derecho a decidir remarcaban que la propuesta iba en contra de sus derechos, como el de reunión, asociación o de libertad de expresión que, según señalan, son indispensables en una sociedad pluralista y democrática. Impulsaron múltiples manifestaciones en contra de la reforma, sin embargo, la ley fue aprobada por el Senado español con 154 votos a favor, 105 en contra y ninguna abstención, la mayoría votó a favor de proteger la intimidad, autonomía y libertad de las mujeres en España. No obstante, existe la posibilidad de que surjan problemas en la implementación de la legislación, porque la ley española no marca la obligatoriedad de una denuncia por parte de la persona agraviada o la presencia de un representante legal, pero tampoco señala de forma concreta un perímetro de seguridad alrededor de las clínicas, lo cual podría generar futuras controversias. (Valdés, 2022)

[27] En 1985 se despenalizó el aborto en España únicamente por tres causales: violación, riesgo grave para la madre y malformación fetal. Veinticinco años después, en el 2010, se legalizó la interrupción del embarazo por libre decisión hasta las catorce semanas de gestación.

La reforma española es un ejemplo de actividades legislativas que protegen el derecho a decidir, de esta manera generan un freno contundente e histórico al hostigamiento de los grupos anti-derechos, e impulsan decretos que permiten diferenciar entre los servicios públicos de salud y los grupos contrarios a la práctica del aborto. Si se acoplara un decreto para atender esta problemática en las clínicas de la Ciudad de México, se generaría un referente a nivel nacional y se protegería la implementación de la política pública desde un marco de derechos humanos.

5.1.4. Infraestructura y prácticas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo

Durante el proceso de atención de ILE se identifican dos factores que inciden de manera directa e indirecta en las experiencias de las mujeres y en las prácticas del personal de salud: 1) espacios reducidos y 2) dinámicas caracterizadas por ser rápidas o muy tardías. Aunque la percepción del servicio de ILE por parte de las usuarias en su mayoría es positiva, estos aspectos son detonadores de ciertas molestias o incomodidades en la implementación de la política pública. A continuación, se registran las dinámicas que conforman el servicio de la ILE y sus impactos en las vivencias de las usuarias.

a. *Espacios y prácticas profesionales en el Centro de Salud T-III México España*

Las usuarias destacaron que las instalaciones del Centro de Salud T-III México España se percibían ordenadas y aseadas, no se identificaron quejas sobre la limpieza o la apariencia física de los inmuebles. No obstante, también reconocieron que los espacios eran reducidos y se exigía una organización estricta, ordenada y rápida para no entorpecer las dinámicas de trabajo. La sala de espera se conforma por 12 sillas, los servicios de enfermería se realizan sobre un pasillo que conecta con el quirófano y la sala de recuperación, el cuarto para ultrasonido es muy estrecho, asimismo, solo cuentan con un consultorio exclusivo para ILE y se ven en la necesidad de dar consultas en la estancia para vasectomías y en el cuarto de ultrasonido. En general, las usuarias coincidieron al describir el área de ILE como un lugar limpio, pero pequeño.

Es importante clarificar que, según el personal de salud, el reducido número de asientos en la sala de espera de la clínica México España es justificado por las medidas sanitarias para prevenir contagios de coronavirus, sin embargo, en repetidas ocasiones se permitió un acceso mayor a 12 usuarias y algunas pasaban su proceso de ILE de pie o sentadas en el suelo sobre el pasillo que conecta a los sanitarios y a los cuartos de

almacenamiento. Este hecho resalta porque la experiencia de ILE varía significativamente si la mujer contaba con un asiento, se mantenía de pie o se sentaba en el piso. Para ejemplificar este punto, se retoma el testimonio de Casandra (22 años, estudiante de sociología y trabajadora en el sector público):

> "Limpio, bien distribuido, pero pequeño. Deberían de tener más sillas, más espacio, si sabe que normalmente llegan entre 10 y 20 mujeres, creo que deberían tener más espacio, y también lo tendría que especificar en la página "hay un cupo limitado, no se puede atender a más mujeres, llega antes de esta hora y después de esta hora se cierran las puertas". […] Yo sé que no es el Hospital Ángeles, pero yo creo que deberían tener unas instalaciones más cómodas, porque física y emocionalmente el proceso es complicado, a mí me tocó estar sentada en el piso y eso lo hace peor. Yo me sentía mal, me sentí como si estuviera esperando en la carnicería, no está tan chido, creo que deberían tener mejores instalaciones." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Esperar sentada en el suelo impactó negativamente en la experiencia de Casandra, tuvo significados con connotaciones relacionadas al ámbito clandestino, y aunque no esperaba instalaciones con la calidad de un servicio privado, la forma de espera alteró sus percepciones respecto a la ILE. Ella no gozó de un espacio individual, ni podía prestar suficiente atención a su proceso porque debía moverse de lugar cuando otra persona quería ingresar a los sanitarios o a las bodegas de almacenamiento, su presencia en el pasillo representaba un estorbo porque imposibilitaba el desplazamiento con fluidez y rapidez dentro del área. Una silla extra pareciera un tema de poca importancia, no obstante, la falta de infraestructura viola derechos básicos en servicios de salud, como el recibir una atención adecuada.

Las dinámicas de trabajo también difieren en cada unidad médica, en el Centro de Salud T-III México España la atención es rápida y apresurada, no se brindan suficientes tiempos para la resolución de dudas individuales. La solicitud de rapidez se percibe desde la recepción de las usuarias, donde la documentación se revisa en menos de 10 minutos y no se da la oportunidad de salir por requisitos faltantes, como fotocopias. Al ingresar a la zona de ILE se brinda una primera plática acerca del proceso de atención con una duración máxima de 5 minutos; después se pronuncian rápidamente las instrucciones para el llenado de expedientes; y consecuentemente les piden pasar a la toma de signos vitales y de ultrasonido.

El personal de salud solicita en repetidas ocasiones reaccionar de manera rápida y eficaz, demandan un 100% de atención a las indicaciones y procesos, por ende, dan poco tiempo para dudas y se ignoran crisis emocionales. A pesar de que las indicaciones en muchas ocasiones no eran del todo claras, las equivocaciones generaban disgustos en el

personal de salud porque se cree que las mujeres tienen poco interés en el proceso y prestan más atención a sus celulares. Cuando alguna usuaria llegaba a errar en los datos de su expediente o no acataba las instrucciones de manera inmediata recibía un llamado de atención, donde claramente el personal de salud se proyectaba como la autoridad dentro del servicio de salud.

Las solicitudes de rapidez –donde se hace uso de bromas, regaños o presiones– no contemplaban momentos de crisis, estrés, cansancio o síntomas por el embarazo. Se observó que la omisión de instrucciones se debía a que en esos momentos a las usuarias les invadía el llanto, sueño, fatiga o sufrían de malestares como náuseas y vómito, en repetidas ocasiones corrían a los sanitarios. Asimismo, queda la duda de qué tanto las mujeres se sentían cómodas para expresar preguntas o dudas, si consideraban prudente tomarse ese tiempo o era preferible mantenerse en silencio y acatar las órdenes para evitar confrontaciones con el personal de salud.

Las presiones aumentan hacia las mujeres que diagnosticadas para AMEU, a este grupo se le exige la presencia de un acompañante mayor de edad como un asunto urgente e indispensable para iniciar con el proceso de interrupción, si esta persona no está a los pocos minutos en el área de ILE se les pide regresar otro día. Por ello algunas usuarias salían corriendo en busca de su acompañante o realizaban múltiples llamadas para que la presencia de la persona fuera inmediata. Retomamos el caso de Margot registrado en el diario de observación[28] (18 años, preparatoria, residente en Milpa Alta) para ejemplificar cómo dichas prácticas generan sensaciones de estrés, angustia y tensión en las usuarias:

> Susan, una profesional de la salud, salió de la zona de enfermería y se dirigió a Margot con un tono de voz fuerte, le dijo "¿en dónde está?, ¿no cuenta con familiar?", Margot respondió que sí, solo que vivía en Revolución y había ido por su celular, que no tardaba en llegar, Susan replicó "no tenemos tanto tiempo, déjeme le preguntó a la doctora". Susan entró y habló con la médica en turno, "que su familiar está en Revolución y que ahorita viene, por eso le pregunto a usted, ¿la va a esperar?", la médica le respondió que solo por veinte minutos. Consecuentemente, Susan regresó a sala de espera y de manera brusca le dijo a Margot que solo tenía veinte minutos.

El tono de voz alzado y las exigencias de la profesional de la salud generó un ambiente de mucha presión, Margot comenzó a verse muy impaciente, revisaba constantemente el celular y no dejaba de mover los pies, su cara denotaba preocupación. En entrevista recordó que se le había presionado un poquito con la presencia del acompañante y se mostraron molestos por ello, en esos momentos se sintió nerviosa y

[28] El caso de Margot se observó en el Centro de Salud T-III México España en el mes de octubre del 2021.

tuvo miedo de que no lograr acceder al procedimiento, llegó a pensar que su mañana fuera tiempo perdido, pero tras la llegada de su familiar la atención médica se volvió serena.

b. Espacios y prácticas profesionales en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán

El Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán resalta por tener espacios amplios, cuenta con una sala de espera para al menos 25 personas, dispone de dos consultorios, dos quirófanos, una sala de recuperación y una sala para actividades de enfermería. Igualmente, las usuarias coincidieron al describir a las instalaciones como limpias y ordenadas. Respecto al servicio de atención, se identifican dinámicas de trabajo calmadas, pero con grandes vacíos de tiempos. El personal de salud no propicia un proceso de atención con rapidez, se da un trato sereno e individualizado; pero se registraron tiempos de espera entre 20 y 40 minutos que incidían de manera negativa en el estado anímico de las mujeres. Las largas esperas generaban una atmósfera de desesperación e inconformidad por la lentitud en el servicio, el cual podía ser de hasta 8 horas si se suman los tiempos de espera para acceder a la clínica. Además, la sensación de tardanza aumentaba por el desconocimiento de la hora, pues las mujeres debían dejar sus pertenencias a su acompañante, incluido el teléfono celular, y muy pocas llevaban reloj de pulsera.

Las demoras en la implementación de la política pública se debían principalmente a tres factores: 1) inasistencias e 2) impuntualidad por parte del personal de salud, y 3) sobredemanda del servicio respecto al personal activo en el día. En más de una ocasión se registraron inasistencias o retrasos en el inicio de actividades; además, la demanda es mayor en esta clínica y el personal de salud se ve limitado, lo cual generaba jornadas laborales más largas y tardías.

Para este punto se recupera una observación registrada en el mes de noviembre de 2021, en aquel día las usuarias accedieron al servicio a las 7:00 am, después dedicaron alrededor de 30 minutos para el registro de expedientes; hasta 9:00 am pasaron a la zona de enfermería para la toma de signos vitales; a las 9:30 am el personal de Trabajo Social brindó la consejería sobre procedimientos de interrupción de embarazo, signos de alarma y métodos anticonceptivos, la cual duró cerca de 40 minutos; y después de veinte minutos, a las 10:30 am, iniciaron las consultas médicas. La suma de tiempos de espera vacíos fue de aproximadamente dos horas y provocó una gran insatisfacción entre algunas usuarias,

en específico, Karol (usuaria que llegó a las 5:00 am al Centro de Salud) señaló: “El servicio es una porquería, esto se pudo haber eficientado en una hora. Estuvimos esperando por dos horas al trabajador social y nos dijo lo mismo que el enfermero. Entiendo que afuera tengamos que estar formadas por bastante tiempo, pero adentro todo debió ser mucho más rápido.”

Mientras Karol explicaba su inconformidad con la atención, otra usuaria la interrumpió y le resaltó que eran comprensibles los tiempos de espera porque el servicio era gratuito, Karol le replicó diciendo que era “gratis” entre comillas porque los servicios de salud públicos se financiaban con sus impuestos. La inconformidad por los tiempos de espera fue tan alta que, Karol dejó sus comentarios en el buzón de quejas de la zona de ILE y a pesar de que había decidido adoptar el Implante Subdérmico, prefirió retirarse de la clínica sin su colocación porque eso implicaba esperar por más tiempo. También mostró disgusto por la inconsistencia de datos en las páginas gubernamentales, señaló que en el portal de ILE se colocaba como sugerencia la opción de llevar un acompañante, pero en el Centro de Salud era un requisito obligatorio y si ella hubiera elegido ir sola le habrían negado la entrada. Karol se retiró del lugar molesta, desesperada y enojada, se desconoce si regresó a su consulta de revisión o prefirió omitirla.

Aunque los tiempos de espera largos en la clínica Beatriz Velasco de Alemán son frecuentes, son pocas las mujeres que expresan disgusto por ello, la gran mayoría se percibía desesperada, angustiada y con muchos nervios, a veces mencionaban que el personal de salud “ya se había tardado mucho”, pero no reportaban su inconformidad de manera formal o directamente con el personal de salud. Es probable que sean escasos los registros de quejas por la aceptación social que se le ha dado a la baja calidad de los servicios públicos, “es normal” que sean tardados, que sean demorados, que sean ineficientes o que sean tediosos, porque son públicos y “gratuitos”. Esta visión normalizada respecto a la tardanza en los servicios también es impulsada por miembros del personal, quienes narraron que en ocasiones hay problemas porque las usuarias “quieren todo rápido” y no son conscientes de que en todos lados hay tiempos de espera que se deben respetar.

5.2 Significados y prácticas del personal de salud respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres

En los siguientes apartados se enfatizan los discursos de los profesionales de salud respecto a las decisiones sexuales y reproductivas de las usuarias de ILE. Se identifican acciones y expresiones que denotan una categorización que juzga y estigmatiza a las usuarias, y en mayor grado a las usuarias que han practicado una ILE en más de una ocasión. Asimismo, se señala la falta de preparación del personal de salud respecto a la legislación de la ILE, y en materia de derechos humanos y género, lo cual abre las posibilidades a casos donde se vea negado o violentado el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

5.2.1 Categorización de usuarias según el uso de métodos anticonceptivos: responsables e irresponsables

La adopción o no de un método anticonceptivo determina una clasificación respecto a las usuarias por parte del personal de salud. Si las mujeres aceptan el uso de un método anticonceptivo de los disponibles en el área de ILE (DIU Mirena o Implante Subdérmico) son calificadas como "personas responsables", como personas que asumen la responsabilidad de su salud reproductiva. En cambio, las mujeres que deciden no adoptar un método anticonceptivo caen en el grupo de "personas irresponsables", son vistas como personas que carecen de interés por su salud reproductiva y tienen altas probabilidades de regresar por una segunda o tercera interrupción de embarazo. Esta división de usuarias genera en la implementación de la política pública diversas actitudes estigmatizantes y dinámicas de persuasión, donde se coloca a la mujer como la responsable única del embarazo y se le reprocha la falta de cuidados anticonceptivos.

Tabla 12. Categorización de usuarias según el uso de métodos anticonceptivos por parte del Personal de Salud

Categoría	*Características*
Responsable	Personas que adoptan un método anticonceptivo tras recibir el servicio de ILE. Se les percibe como usuarias que han hecho conciencia sobre su salud reproductiva.
Irresponsable	Personas que rechazan el uso de algún método anticonceptivo tras recibir el servicio de ILE. Son vistas como usuarias que carecen de interés por su salud reproductiva y tienen altas probabilidades de solicitar en más de una ocasión el servicio de ILE.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

“La responsabilidad” como un valor que se logra a través del uso de métodos anticonceptivos es un discurso constante en los servicios de ILE. Aunque el personal de salud reconoce la libre elección de anticonceptivos como un derecho de las mujeres, en la práctica se percibe inconformidad y malestar cuando las usuarias eligen una opción distinta a las ofrecidas dentro de la clínica. En el diario de campo se registraron regaños, bromas y desestimaciones de experiencias particulares por parte de todo el personal involucrado en el proceso de atención (recepcionistas, enfermeras, enfermeros, médicas, médicos y trabajadores y trabajadoras sociales), con el fin de convencer a todas o al menos a una mayoría de la aceptación de un Implante Subdérmico o un Dispositivo Intrauterino. Se reproducen dinámicas de trabajo donde “la formación de sujetos reproductores responsables es primordial” (Singer, 2019, p. 446), y por ello, algunos miembros del personal se autodenominan como agentes que protegen a las usuarias y educan en materia de sexualidad:

> “Como personal de salud mi responsabilidad es la educación sexual, yo aquí educo sobre sexualidad, si estuviera allá afuera educaría sobre salud pública, pero aquí mi responsabilidad es la salud sexual. […] Mi pensamiento es que tienes la libertad de decidir si quieres tener o no tu embarazo, y se los comento, yo apoyo tu libre decisión si quieres tener o no tener tu embarazo, lo que no apoyo es la irresponsabilidad de no quererte cuidar, de no llevarte un método anticonceptivo para cuidarte, depende también cuál sea el caso, no en todos los casos es aplicable. Eso es lo que no apoyamos, porque aquí, como allá afuera, cualquier médico o cualquier personal de la salud lo único que va a hacer es promover tu salud, y lo único que quiero promover es una salud sexual responsable.” (René, Personal de Salud)

René (37 años, casado, padre de un niño) expresa rechazo a las usuarias que no adoptan un método anticonceptivo tras su proceso de ILE, a pesar de que han recibido una asesoría médica de las opciones anticonceptivas disponibles. Posiciona a la medicina y al profesional de la salud cómo protectores de la salud, que no imponen ideologías personales, más bien promueven el bienestar, y en este caso, promueven la salud sexual responsable. Desde la concepción de él, y al parecer de varios de sus compañeros de trabajo porque habló en plural: “Eso es lo que no apoyamos”, se “apoya” cuando la mujer no quiere tener su embarazo, pero “no se apoya” a mujeres que no quieren cuidarse (con algún método anticonceptivo). En su discurso intenta mostrarse como alguien neutral, no obstante, diversos estudios en antropología médica han mostrado que en las interacciones médico-paciente se llevan negociaciones que intentan transformar subjetividades personales, las cuales van más allá de la resolución de aflicciones en salud. (Singer, 2019,

p. 449) En este caso, el objetivo final es formar “mujeres responsables” a través del uso de un método anticonceptivo.

La relación de la ILE con una reproductividad racional y responsable, genera que las usuarias que han solicitado el servicio de ILE en más de una ocasión sean vistas como “malos ejemplos”, pues no hicieron “conciencia” sobre su reproducción sexual. Darío (59 años, casado, padre de dos hijos), al igual que otros de sus colegas, considera una irresponsabilidad el no aceptar un método anticonceptivo porque las probabilidades de repetición aumentan:

> “(Respecto a las usuarias que son repetidoras) Lo que más te llama la atención es que finalmente no quieren hacer nada por ellas, la que viene 5 o 4 veces, pues implica que no quiera hacer nada por ella, muchas ni un método se llevan, simplemente dicen -yo no quiero un método- y no las puedes obligar, entonces como no se protegen son muy repetitivas. Hay unas que cada año, cada dos años, a los meses, entonces ya que vengas 4 o 5 veces, ya cae en el grado de irresponsabilidad, ya no caen en el grado de “un accidente, me equivoqué, lo que tú quieras”, caen en irresponsabilidad y saben que aquí se les resuelve la situación. Y la otra, que yo pienso que es la principal, no les cuesta nada, no porque yo quiera ganar dinero, pero lo que no te cuesta no se valora.” (Darío, Personal de Salud)

La categorización de irresponsables replica un discurso donde se le atribuye la anticoncepción a las mujeres y la adopción de un método anticonceptivo se coloca como un atributo deseable en ellas, pues de “ellas” depende la no repetición de embarazos no planeados. La declaración de Darío captura la idea, compartida por otros integrantes del personal, de que las mujeres son “repetidoras” por mero desinterés en su salud, asistir a la ILE les es sencillo porque no se imponen límites y el servicio es gratuito.

Este discurso promueve a las mujeres como las responsables de la reproducción humana y de regular la fecundidad, y se ignora el rol del sexo masculino en el embarazo. Esta concepción también omite los contextos individuales porque la anticoncepción no depende solamente de la voluntad de la mujer, el aceptar o no un método anticonceptivo puede supeditarse a factores económicos, culturales, educativos, sentimentales o de salud. Sin embargo, estos factores carecen de importancia en la implementación de la política pública, solo se prioriza la rápida aceptación de un método anticonceptivo.

Cada profesional de la salud insiste de diferentes maneras –y en diferentes momentos del proceso de atención– en el tema de cuidados anticonceptivos. Incluso promueven la adopción de anticonceptivos como una manera para evitar escenarios de infertilidad, hemorragias graves o casos de muerte materna como posibles consecuencias de abortos repetidos. En específico, en el ejercicio de observación resaltó el discurso de Alexandra,

por ser en una tónica alarmista que perpetua la percepción del aborto como un proceso inseguro, la profesional de la salud mayor a 50 años se expresó de siguiente manera:

> "Un riesgo es una hemorragia, y por una hemorragia las mujeres se mueren, por eso es importante que estén atentas de los signos de alarma. Una infección también puede llevar a la muerte de la mujer. ¿Han escuchado que por un aborto ha muerto una mujer?, sí, sí han muerto mujeres por abortos, ¿han escuchado que han muerto mujeres por el uso de un método anticonceptivo?, no." (Alexandra, Personal de Salud)

El demandar un mayor uso de métodos anticonceptivos a través de un discurso donde se relaciona la práctica del aborto y los métodos anticonceptivos con la muerte, puede generar sentimientos de inseguridad e incertidumbre hacia los procedimientos de interrupción de embarazo y los síntomas esperados, a pesar de que está comprobado y estipulado por la OMS que el aborto es un procedimiento médico sencillo y seguro cuando se da con trabajadores de salud cualificados, recursos de infraestructura e información adecuada. Este discurso alarmista también puede promover incertidumbre sobre la capacidad fertilidad en el futuro, incluso puede provocar que las mujeres se retracten de su decisión, puesto que muchas de las usuarias de ILE no desean la maternidad en esos momentos de su vida, pero sí la contemplan en escenarios futuros.

Otra argumentación para convencer de la adopción de un método anticonceptivo hace referencia al costo económico de los dispositivos (DIU Mirena e Implante Subdérmico) en clínicas privadas. El personal de salud resalta que estos anticonceptivos de larga duración se pueden obtener en esos momentos de manera gratuita e inmediata, en cambio, en una clínica privada tendrían un valor entre $3,000 y $5,000 pesos, más el costo de la consulta médica de colocación. Los presentan como un privilegio o regalo que tienen dentro del servicio de ILE, los cuales se deben aprovechar para iniciar una planificación familiar "responsable":

> "Sí es importante que ustedes elijan un método de planificación familiar. Estos métodos en el mercado son muy caros, 4 o 5 mil pesos, pero aquí son gratuitos, esta es una ventaja que tienen aquí, como recomendación llévense uno. Ustedes eligen cuál, igual es decisión propia, si ustedes no quieren nadie las puede obligar, pero sí es conveniente que lo utilicen." (Lucas, Personal de Salud)

La oferta de métodos anticonceptivos no se expone como un derecho que debe ser garantizado por el Estado en las unidades médicas públicas en todo momento, más bien se coloca como una "oportunidad" exclusiva en el servicio de ILE y se resaltan aspectos como "gratuidad". La asesoría de métodos anticonceptivos se limita a la promoción del DIU Mirena e Implante Subdérmico los cuales tienen una efectividad que va de los 3 a los 5 años, el resto de opciones anticonceptivas como píldoras, parches o anillos son

omitidos por el personal de salud; tampoco se proporciona información sobre unidades públicas que realicen cirugías de Oclusión Tubaria Bilateral. Solamente se observó a una profesional de salud que también informaba sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el área de Planificación Familiar del IMSS, como una opción alternativa gratuita para aquellas usuarias que no adoptaran un método anticonceptivo dentro del servicio de ILE.

Durante el ejercicio de observación también se identificó que el personal de salud informa poco sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales de larga duración que promocionan, y demuestran cierta resistencia a generar un diálogo cuando se comparten experiencias negativas previas con el DIU Minera o el Implante Subdérmico, lo cual puede leerse como una estrategia para no crear desánimos en las mujeres que no han usado con anterioridad estos dispositivos. Algunos profesionales de la salud señalan que efectos como subir de peso, brote de acné o caída de pelo, son resultados de otros hábitos como la mala alimentación y la falta de ejercicio, o simplemente son rumores que las usuarias creen de sus conocidas, pero realmente no han sido corroboradas por médicos o ginecólogos. Se genera una dinámica jerárquica donde el conocimiento médico es el único válido, y las experiencias de las mujeres son secundarias, aunque los métodos anticonceptivos sean colocados en sus cuerpos, cuestión ya señalada en otros estudios. (Castro & Erviti, 2015, p. 96)

Durante las consejerías anticonceptivas se argumenta que la insistencia en el uso de métodos anticonceptivos es porque las mujeres son las que sobrellevan todo el proceso de interrupción del embarazo y deben velar por la salud de su cuerpo. Sin embargo, en sus discursos, tal vez sin percatarse de ello, ignoran el papel activo del hombre en la concepción del embarazo y reproducen prácticas de desigualdad de género porque asignan “a -quién- le corresponde en una pareja prevenir los embarazos y sobre qué cuerpos -masculinos o femenino- debe practicarse la anticoncepción”. (Castro & Erviti, 2015, p. 201) Y al mismo tiempo, estigmatizan a las mujeres que han solicitado más de una vez el servicio de ILE, puesto que son percibidas como personas irresponsables que no han sido capaces de prevenir embarazos no deseados.

Estas prácticas y discursos normativos que responsabilizan a la mujer de los cuidados anticonceptivos, son percibidos y demandados solamente por algunas usuarias, aquellas con mayor nivel de estudios y reconocimiento de derechos humanos. Las entrevistadas señalaron recibir una presión continua por la adopción de un método anticonceptivo que no contempla que el embarazo se da con la participación de dos personas: un hombre y

una mujer, y solo se le regaña a la mujer. Casandra (22 años, soltera, sin hijas/os, licenciada en sociología) expresó esta idea de la siguiente manera:

> "(La consejería de métodos anticonceptivos) Escueta, yo la vi escueta, y también fue muy impositiva "¡tienen que escoger algo viejas pendejas!", lo sentí así. […] Me molestó mucho cuando contaban que había mujeres que regresaban embarazadas al mes. […] Hay muchos contextos bajo los cuales una mujer se puede embarazar, desde que lo desea hasta por una violación, estoy siendo muy extremista, pero para que una mujer esté embarazada, fuera de las que se embarazan por fecundación in vitro, debe de haber un hombre, entonces a mí me molesta mucho escuchar constantemente que se responsabiliza por un embarazo a la mujer, me enferma. Ese día nos estaban diciendo que regresan mujeres, pues sí, pero las que vienen con sus parejas pásenlos para que los regañen a ellos, no me gusta que les hablen así a las mujeres, no me gustó que a mí me hablaran así, sí lo sentí como un regaño, "vienen al mes embarazadas", pues sí, pero también dile a los güeyes que se cuiden, también haz campañas de concientización a los hombres". […] Me molestó cómo nos hablaron, sí sentí feo, pensé "y si no me quiero poner un método anticonceptivo; y si por alguna razón del destino, aunque me cuide me embarazo en tres meses, ¿me van a decir lo mismo?, ¿me van a regañar?". […] Si sentí su <escoge, escoge, escoge>." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

La respuesta de Casandra ejemplifica la presión por la adopción de un método anticonceptivo que ejerce el personal de salud, presión que no siempre va argumentada con información científica y veraz, en cambio, hace un mayor uso de regaños y prejuicios sociales. La consejería anticonceptiva en el servicio de ILE reproduce una posición que no se ajusta al marco de derechos reproductivos, en cambio, acepta y normaliza el poco interés por parte del hombre en los cuidados sexuales, y a partir de ello, se le exige a la mujer tener una "planificación familiar" que vaya acorde con sus proyectos de vida. Esta dinámica de trabajo aparte de buscar educar sujetos responsables, también perjudica la experiencia de ILE de algunas usuarias, pues la interrupción del embarazo se presenta como una irresponsabilidad, lo cual puede provocar emociones de culpa, estrés, fracaso o debilidad. Las usuarias se asumen como las responsables del embarazo no deseado y se recriminan la falta de cuidados anticonceptivos, se proyecta el aborto como un malogro en la vida.

Contraria a la insistencia con las mujeres, no se identificó ninguna acción dentro del servicio de ILE que tuviera el fin de proporcionar información acerca del uso de métodos anticonceptivos a las parejas de las usuarias, a pesar de que existiera la posibilidad de hacerlo. Este acercamiento se daría con mayor facilidad en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán, puesto que es obligatoria la presencia de un acompañante y la mayoría suele ser el corresponsable del embarazo, los cuales se mantienen en la clínica durante todo el proceso del servicio. Sin embargo, la consejería anticonceptiva solo se

brinda a las mujeres y se pierde la oportunidad de informar al hombre, este se mantiene alejado al proceso de interrupción de embarazo. La única promoción de métodos anticonceptivos hacia los varones –dicha también a las mujeres– es la vasectomía sin bisturí en el Centro de Salud T-III México España, la cual se realiza en un consultorio dentro del área de ILE.[29] (Es preciso preguntarnos si la promoción se debe principalmente a que los servicios comparten los mismos espacios de trabajo)

5.2.2 Significados sobre la ILE por parte del personal de salud

Los discursos, por parte del personal sanitario entrevistado, referentes al servicio de Interrupción Legal del Embarazo convergen en cuatro significados generales: la ILE como un servicio que salva a infantes en situación de calle, como una legislación que combate el índice de muertes maternas, como una ayuda/oportunidad a la mujer y la ILE como un derecho de las mujeres. Todas las percepciones se mezclan, se confrontan, y no son mutuamente excluyentes, incluso la mayoría del personal retoma en sus discursos oficiales la consigna feminista "mi cuerpo, mi decisión", pero esto no quiere decir que sean promotores de la Marea Verde.

El siguiente análisis no busca señalar si el personal está a favor o en contra del aborto, en cambio, se identifican en los discursos del personal de salud entrevistado los diversos significados que le dan a la ILE, los cuales pueden representar resistencias en el reconocimiento de la ILE como un derecho de las personas con capacidad de gestar.

---

[29] El acceso al servicio de vasectomía difiere por mucho al proceso de acceso a la ILE, los hombres que deciden operarse tienen la posibilidad de llegar entre las 8:00 y 12:00 horas, solo deben presentar su INE, idealmente les piden un baño corporal completo, desayuno ligero, rasurar la parte interior del escroto, asistir acompañados de manera opcional, ropa interior ajustada y un jugo de medio litro. Sin embargo, no son rechazados si no cumplen con algún requisito, les permiten acceder de manera inmediata al servicio, les entregan un expediente y pasan a los pocos minutos al procedimiento de vasectomía. El personal de salud considera que solamente se necesita que ellos quieran no tener más hijos y ya, no hay obstáculos que perjudiquen el libre ejercicio de su derecho:

> "Que se quieran operar y ya no tener hijos, no pedimos exámenes, es de manera gratuita, básicamente que se quiera operar. Claro, cambia si el paciente es diabético, hipertenso, tiene que tener su glucosa controlada, su presión controlada, pero fuera de eso, el paciente puede venir ahorita y si se quiere operar, se le opera, siempre y cuando no tengamos un inconveniente de ese tipo." (Darío, Personal de Salud)

Tabla 13. Significados de la ILE por parte del Personal de Salud

Categoría	*Descripción*
La ILE como un servicio que salva a infantes en situación de calle	El personal de salud considera que el servicio de ILE permite salvar a infantes de una vida llena de precariedades, de la pobreza o de situaciones de violencia familiar.
La ILE como una legislación que combate el índice de muertes maternas	Se contempla a ILE como una política pública que ha combatido de manera efectiva el índice de muertes maternas a causa de aborto, de esta manera.
La ILE como un ayuda/oportunidad para la mujer	Desde esta visión proteccionista se pondera a la ILE como una cuestión donde el personal de salud ayuda o les brinda una oportunidad a las mujeres.
La ILE como un derecho reproductivo	La ILE es reconocida como un derecho reproductivo de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En primer lugar, se abordarán los tres primeros significados: la ILE como una legislación que combate el índice de muertes maternas, como una ayuda/oportunidad a la mujer y como un servicio que salva a infantes de situación de calle. Se recuperan estos tres significados por su alta relación entre sí y por la postura paternalista que adopta el personal de salud. Desde estas visiones se describen como “protectores” o “salvadores” de personas que necesitan de su ayuda, en este caso, protectores de mujeres o de niños que no recibirán atención y protección familiar. Asimismo, no se le reconoce a la mujer o a la persona gestante como un sujeto de derechos con capacidad de decidir qué es lo mejor para sí, en su lugar se percibe a las usuarias como individuos que necesitan de la protección y guía de otros (servicios de salud y personal médico).

Es preciso remarcar que, los profesionales sanitarios resaltan con mayor frecuencia a la ILE como un programa creado para resolver un problema de salud público: la muerte materna a causa de abortos en contextos clandestinos. Retoman una de las principales argumentaciones feministas a favor de la legalización del aborto, resaltan a la ILE como un servicio que salva vidas de mujeres y al mismo tiempo confronta los problemas que conlleva la clandestinidad (secuelas en la salud, abusos sexuales o extorsiones). Le reconocen a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México su eficiencia en la implementación de la política pública con profesionales capacitados y procedimientos médicos seguros:

> “Es un programa gubernamental, empezó o nació para evitar tantas complicaciones maternas, era una de las principales causas de muertes maternas, fue este tipo de tratamientos mal realizados o hechos en lugares clandestinos en donde no debían de realizarse, entonces eso es lo que se trató de evitar con esto, lo que se trata de evitar y se evita porque se hace el tratamiento con todas las precauciones y cuestiones para

> salvaguardar la integridad de la mujer. Lo que tratamos de evitar es la muerte materna en general." (Gael, Personal de Salud)

Este grupo de profesionales de la salud, proyectan en sus discursos, un bajo reconocimiento de derechos a las usuarias, lo cual provoca que brinden una atención desde una perspectiva "proteccionista" patriarcal", entendiendo que ellos deben cuidar y proteger a las mujeres que no han sido capaces de prevenir embarazos no deseados. Desde esta visión, se acepta el brindar el servicio, pero se describe como una "ayuda" y no como un servicio de salud más, y por ello se exige un compromiso en cuidados anticonceptivos a cambio de esa "ayuda". Para ejemplificar esta interpretación se retoma el testimonio del profesional de la salud, Nolan:

> "Yo estoy de acuerdo, la mujer tiene el poder de decidir, que bueno que haya gente preparada y el servicio para que les ayuden a hacerlo, pero vuelvo a insistir, en el concepto total, –yo te ayudo, yo te hago esto, pero te tienes que proteger–." (Nolan, Personal de Salud)

Nolan, especialista en ginecología, reconoce a la ILE como un derecho de las mujeres el decidir sobre su propio cuerpo, considera importante que existan clínicas en donde puedan acceder al servicio, no obstante, también se posiciona como un agente que brinda una "ayuda" y espera que las usuarias adopten un método anticonceptivo. Contempla a la ILE como un apoyo que evita la toma de tés peligrosos, consumo inadecuado de misoprostol o la asistencia a clínicas costosas o clandestinas, pero al mismo tiempo solicita un compromiso en la adopción de métodos anticonceptivos post ILE.

La postura proteccionista también se reproduce haciendo referencia a niños o niñas en situación de calle o abandono, parte del personal de salud considera que al trabajar en el servicio de ILE está salvando a infantes de una vida llena de precariedades, salvan a infantes de la pobreza o de situaciones de violencia familiar. Desde esta perspectiva, la ILE es una opción para las mujeres que no quieren o no pueden asumir la responsabilidad de la crianza de un hijo o hija. A través de argumentos conservadores, se pondera el posible futuro del producto y se diluyen los derechos de las personas gestantes:

> "Yo creo que nosotros somos quienes salvamos vida. Lo veo así, salvas vidas. Salvas la vida de alguien que no va a tener los suficientes recursos, […] que tenga la carencia del amor, la carencia de la atención. En mi trayectoria en el área de salud pase hasta por orfanatos y niños violados, niños maltratados, niños que son golpeados, quemados con cigarrillo, con planchas, o niños violados, hubo salones donde el 90% de los niños estaban violados, entonces tú dices "¿Cómo puede pasar esto?, ¿cómo puede llegar a este punto la humanidad?". Puedes evitar todo esto porque cómo va a crecer un niño si de los 0 a los 5 años es su etapa cognoscitiva para poder descubrirse asimismo y ver su entorno, cómo vivir en su entorno si vive con un padre violador, un padre maltratador o una madre maltratadora,

qué es lo que pasaría. Nosotros al poder actuar en este entorno, salvamos vidas, salvamos la vida de ese niño que iba a ser maltratado, de ese niño que iba a ser aventado a la mitad de la calle, de ese niño que se lo iba a comer los perros en ese basurero, porque ha pasado, por ejemplo, aquí en Azcapotzalco encontraron a un niño que se lo estaban comiendo los perros, sobre la carretera hacia Toluca encontraron un niño que los perros lo jalaron hasta la mitad de la carretera porque estaba envuelto en cobijas y pasó un carro y lo atropelló. Situaciones así, niños que son tirados a la basura, a las alcantarillas, infinidad de historias que hay, y pues uno salva vidas." (René, Personal de la Salud)

El profesional de la salud René (casado, padre de un hijo) relaciona al servicio de ILE con la problemática de infantes en situación de calle o huérfanos (por abandono), donde de manera implícita coloca a las mujeres o madres (irresponsables) como las responsables de dicho problema. Asigna las tareas de cuidados exclusivamente al sexo femenino y también les reprocha a las mujeres las situaciones precarias de vida, no contempla el rol del hombre, ni las fallas del Estado en la gestión de recursos.

Esta visión suele compartirse entre la mayoría del personal de salud, incluso recuperan casos personales para ejemplificar su opinión, un ejemplo de ello es el testimonio de Renata, quien considera a sus vecinas como personas que no asumen las responsabilidades de crianza y hubiera sido preferible que acudieran al servicio de ILE: "Yo tengo vecinas donde dices –¿por qué te embarazas si tienes tantos hijos? Ni siquiera les pones atención–. Entonces yo creo que su mejor opción de las pacientes es interrumpir cuando realmente no lo desea, no lo van a cuidar."

En el discurso oficial no se elimina el derecho de las mujeres de decidir sobre su propio cuerpo, pero se pondera a la ILE como una cuestión donde el personal de salud ayuda a las mujeres o a los infantes no nacidos. De esta manera, es posible que no se esté a favor del derecho a decidir, pero se justifica la labor dentro los servicios de ILE. Las profesionales de la salud, Helga (53 años y soltera) y Matilde (50 años, soltera y madre de dos hijos), formulan esta idea de la siguiente manera:

"Está bien porque hay muchas chicas que han tenido bebés y los abandonan en algún lugar o los matan, entonces no tiene caso que llegue al mundo una criatura que va a sufrir, entonces si no les van a dar la protección o el cuidado necesario, pues entonces sí, como dicen –para qué traer niños al mundo si no los cuidan–." (Helga, Personal de Salud)

"Pues la verdad yo no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo, en este caso como dicen –alguien tiene que hacer el trabajo sucio– y lo tenemos que hacer nosotros. Yo no estoy de acuerdo en que las chicas hagan tantas veces la interrupción, pero sí estoy de acuerdo en que las chicas, por ejemplo, las que dicen que fue un error, bueno vamos a ayudarte con esa primera vez, pero cuando son repetitivas no estoy de acuerdo. Porque el ILE está para ayudar a las chicas, no para darles chance de que se embaracen cada que quieren, por eso ni estoy de acuerdo ni desacuerdo, tengo que trabajar y respeto la decisión de las chicas." (Matilde, Personal de Salud)

La mayoría de los profesionales de la salud entrevistados buscaron justificar su labor en la ILE, desde su perspectiva es preferible que “algunas mujeres” (las irresponsables) elijan acudir a los servicios de ILE, a que continúen con su embarazo. Expresaron argumentos donde le dan un “valor social” a su trabajo, y se colocan como agentes “protectores” que “brindan” una oportunidad a las mujeres ante embarazos no deseados. Se muestran de acuerdo con el derecho a decidir, no obstante, reproducen discursos conservadores que ignoran los derechos reproductivos de las personas con capacidad de gestar y construyen permisibilidad moral del aborto. Desde esta perspectiva se propaga la idea de “buenos abortos” los cuales posibilitan el bienestar del infante, aunque este no haya nacido; y se sigue estigmatizando a la práctica del aborto como un trabajo inadecuado o “sucio”.

La última percepción de ILE es desde un marco de derechos humanos, una minoría de los profesionales de salud (se caracterizaron por ser más jóvenes y contar con estudios de posgrado) se refirió a la ILE como un derecho reproductivo de las mujeres. Estos perfiles resaltaron el hecho de que cada usuaria tiene un contexto personal y la maternidad debe caracterizarse por ser deseada. Para ejemplificar esta postura se retoma el testimonio de Moana (33 años, con estudios de especialidad médica y casada), profesional que remarcó la libertad reproductiva de las mujeres y la importancia entender a la maternidad como una elección:

> “La mujer es libre de decidir, tengo conocidas muy cercanas que el hecho de haber tenido un aborto les cambio la vida, un bebé en ese momento les significaba renunciar a su carrera o trabajo, y pues son personas exitosas en este momento. Por otro, también veo tantos hijos no deseados, también he tenido casos, he vivido casos de cerca de hijos que no han sido deseados, que son abonados, que son abandonados con la abuelita y con la abuelita sufren algún tipo de violencia, entonces yo creo que un embarazo debe ser planeado y deseado.” (Moana, Personal de Salud)

Moana retoma la noción de la maternidad como un asunto deseado, pero al mismo tiempo recupera discursos en tónicas conservadores que privilegian al posible recién nacido ante la mujer. A pesar de que contempla la continuación de un embarazo como una elección, y reconoce los aspectos positivos del acceso a servicios de aborto para la vida de las mujeres, también justifica su opinión con preposiciones respecto a la vida que puede tener un infante que no ha sido deseado.

Asimismo, dentro de esta postura se reconoce que el embarazo se dio con la contribución de dos personas, pero es la mujer quien toma la decisión final, y no se necesita explicar o justificar esa decisión a otras personas o al personal de salud:

> "(Las usuarias) vienen en un momento de reflexión porque tratan de justificar mucho el por qué lo van a hacer, eso es lo que tratan de explicarnos a nosotros, "es nuestro quinto hijo", lo que yo les comento es que lo hacen porque ellas quieren hacerlo, yo no tengo por qué decirles si está bien o mal que lo hagan, es decisión de cada persona, uno no debe incidir o tratar de cambiar las decisiones. […] Yo no estoy en contra, estoy a favor, porque sino no trabajaría aquí. Creo que cada mujer tiene derecho sobre su cuerpo, aunque en este tipo de cuestiones son dos, es la que está embarazada y quien contribuyó a que estuviera embarazada, pero la decisión al final, quien debe tomarla… es una decisión en pareja… pero principalmente la mujer es la que lleva la carga mayor. Cada quien tiene decisión sobre su cuerpo, si es algo que no quieren hacer están en todo su derecho." (Gael, Personal de Salud)

5.2.3 Escasa preparación sobre la ILE con Perspectiva de Género y Derechos Humanos

Un último aspecto que sobresale en los discursos y las prácticas de los profesionales de la salud de la ILE, importante por sus posibles impactos negativos en la implementación de la política pública, es la falta de preparación médica con perspectiva de género y derechos humanos. La formación curricular desempeña un papel importante en la configuración de prácticas "legítimas", pues lo aprendido en la escuela constituyen las bases de la atención en los servicios de salud reproductiva. (Castro & Erviti, 2015, p. 219) Por esta razón, es de suma relevancia acompañar con políticas públicas educativas que impulsen el reconocimiento del derecho en el campo médico, un campo poco interesado o contrario a la ILE.

La escasa preparación en perspectiva de género y derechos humanos se da desde las Universidades de Medicina. Todos los entrevistados coincidieron al señalar que durante sus estudios de grado o posgrado se abordó el tema de aborto como una patología, su práctica no fue divulgada como un proceso realizado por voluntad de la mujer. La experiencia de Moana, profesional de la salud con 33 años y con especialidad en ginecología, es un claro ejemplo de dicha problemática:

> "Sabía que era legal el aborto aquí en la Ciudad, pero no sabía que existieran estas clínicas, incluso muchos de mis compañeros cuando les platiqué "trabajo en ILE, hay una clínica que les da todo gratis, que lo hacen en el momento", también se sorprendieron. Por ejemplo, en Toluca no es legal el aborto, y si querían una aspiración o un legrado, pues son pacientes que se ingresan, les das medicamento, por lo menos están uno o dos días en el hospital, y aquí es rapidísimo el proceso." (Moana, Personal de Salud)

Los testimonios analizados muestran poco interés por parte de las universidades en exponer la práctica del aborto desde un enfoque de derechos humanos, en su lugar se

enseña como un procedimiento que se realiza en momentos extraordinarios que tengan como fin el preservar la vida de la mujer. En las aulas se les hablaba –desde una postura conservadora– de la aspiración manual endouterina o legrado como un ejercicio que solo se realiza tras un aborto espontáneo, se describe como un procedimiento complicado y de emergencia. En los planes de estudio no se abordó al aborto como un derecho reproductivo de las mujeres y personas gestantes, sino como un procedimiento que está lejos de ser una elección y en la mayoría de las veces se práctica para preservar la vida (de la mujer).

En las respuestas de la mayoría de los profesionales de la salud también se advierte de una falta de capacitación respecto al marco legal de la ILE, derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género, procedimientos médicos y métodos anticonceptivos. Solo algunos miembros del personal, los cuales se caracterizan por llevar mayor trayectoria en el área de la ILE, mencionaron haber recibido cursos por parte de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México u Organizaciones No Gubernamentales, como Ipas México. Los y las trabajadoras con mayor antigüedad coincidieron al señalar que las capacitaciones o cursos al personal médico y de enfermería se dieron en mayor volumen en los primeros años de la política pública, pero se dejaba a un lado el área de trabajo social y al personal administrativo:

> "Fue la única capacitación que me han dado, y esa no fue capacitación, nada más me enseñó "mira se trabaja así, tienes que hacer esto". Anteriormente sí mandaban cursos, casi no hay capacitación, al menos para el personal administrativo no, para el personal médico son esporádicos, anteriormente sí se capacitaba constantemente al personal de aquí, cuando recién se instauró esta clínica." (Helga, Personal de Salud)

En cambio, el personal sanitario con menor trayectoria en la ILE coincide al señalar que otro colega le explicó la rutina de actividades en el área, de esta manera, a través de la observación conocen y aprenden los roles de trabajo. No se tiene una capacitación introductoria, solo se replican las rutinas de trabajo, lo cual puede resultar insuficiente por la escasa o mínima información que se posee en el tema, y sin ser consciente de ello, se replican los errores. Por ejemplo, la profesional de salud, Renata, lleva menos de 5 años en el área de ILE, y el incorporarse le ha resultado difícil porque no se le ha capacitado en cómo brindar su consejería dentro del servicio de ILE:

> "Lo que hemos aprendido, lo que decimos en la plática es de lo que hemos visto o lo que hemos escuchado, porque una capacitación como tal nunca la hemos tenido. Solamente una vez, hace mucho tiempo, nos mandaron a una plática sobre métodos de planificación, pero de la clínica no, nunca nos han capacitado en cómo dar la plática, en cómo dar la consejería." (Renata, Personal de Salud)

Renata y otros profesionales de la salud señalaron el poco interés que existe en capacitarles por parte de las autoridades sanitarias, y reconocieron un bajo conocimiento respecto al marco jurídico de la ILE y los procedimientos de interrupción de embarazo. Asimismo, en el ejercicio de observación y en algunos testimonios se identificó desconocimiento sobre legislaciones y manuales médicos relacionados a servicios de aborto seguro, como la Norma Oficial Mexicana 046. Cuando se les preguntó respecto a servicios de aborto en casos de violación sexual y el límite de semanas de gestación legal para acceder al servicio de ILE, la mayoría señaló no contar con información o expresó ideas cortas al respecto:

> "Investigadora: Si alguien tiene 12.4 semanas de gestación, pero fue un caso de violación, ¿qué procede?
>
> Aime: Ya lo tendrá que determinar el médico, se tiene que ver si van a denunciar. Primero hay que investigar si realmente fue una violación, y que haya una denuncia previa, porque tú me puedes decir eso, pero eso tiene que demostrarse siempre, siempre debe estar la ley, que un perito, que un médico legista, que todo esté corroborado siempre. A ILE entraría hasta las 12 semanas, si es 12.1 ya no entra, se dice fuera del programa." (Personal de Salud)

Aunque la pregunta fue intencionada por parte de la investigadora para conocer los conocimientos en el tema, la respuesta de la profesional de la salud Aime (46 años, con estudios de maestría y doctorado) advierte de la falta de preparación en materia legal, lo cual afecta de manera negativa la implementación de la política pública. En primer lugar, el Código Penal de la Ciudad de México permite el acceso al servicio de ILE hasta las 12.6 semanas de gestación. En segundo lugar, la NOM-046-SSA2-2005 señala que la atención médica en casos de violación sexual debe ser inmediata y las instituciones solo deben solicitar un escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación. Además, el personal de salud no estará obligado a verificar el acto mencionado por la solicitante, puesto que el escrito se basa en el principio de buena fe. No es obligatoria la presentación de una demanda por la agresión, ni que se autorice el registro de las evidencias médicas de la violación.

Es primordial que el personal de salud esté capacitado para poder informar y orientar en casos donde se supere el límite de semanas, es sustancial contar con información verídica y actualizada para no negar o violentar los derechos de las usuarias. El solicitar una demanda ante el Ministerio Público en casos de violación o negar el acceso al servicio por tener 12.1 semanas de gestación va en contra de la ley, y revictimiza a la persona que

ha sufrido un abuso sexual. Los profesionales de la salud, tal vez sin tener la intención, pueden obstaculizar el ejercicio del derecho por falta de capacitación.

Para aumentar el reconocimiento de la Interrupción Legal del Embarazo como un derecho hacia todas las personas con capacidad de gestar sería pertinente incorporar desde los planes de estudio al aborto y a la ILE con perspectiva de derechos reproductivos. Además de impulsar una mayor capacitación y difusión de los acuerdos establecidos en Convenciones Internacionales donde México es Estado parte, así como de Normas y Legislaciones mexicanas que dan cuenta de los derechos humanos que deben respetarse durante la implementación de la política pública, como el derecho a la salud, a la igualdad y no discriminación, al acceso a información científica, a la intimidad, a la libertad de religión, a la autodeterminación reproductiva. Resulta indispensable acompañar a la ILE de políticas secundarias que propicien un mayor reconocimiento de las mujeres como sujetos capaces de decidir sobre su propio cuerpo y vida en los campos de sexualidad y reproducción, de acuerdo con sus intereses, convicciones y proyecto de vida.

5.3 Significados de las usuarias en torno a la ILE

En los siguientes apartados se analizan los significados que tienen las usuarias respecto a la maternidad, autonomía reproductiva, sexualidad, anticoncepción y aborto, los cuales también condicionan la experiencia de ILE. Se retoman los datos sociodemográficos como edad, estudios, estado civil, número de hijos, ocupación y religión de las mujeres para el análisis contextual de los marcos interpretativos acerca del derecho a decidir.

5.3.1. Significados en torno a la maternidad: intensiva, romántica y elegida

En el análisis de los testimonios de las usuarias del servicio de ILE se prestó especial interés a las percepciones y vivencias acerca de la maternidad y el proceso de embarazo, las veinte entrevistadas de manera explícita e implícita recuperaron sus ideales de madre, describieron cómo percibían a una “buena madre” y señalaron el rol que tiene la mujer en la crianza de las infancias. Este conjunto de testimonios es relevante porque nos explican cómo se asume la maternidad y su relación con la interrupción del embarazo, y moldean en gran medida las posturas respecto al aborto. En los siguientes párrafos se expondrá cómo las percepciones más conservadoras acerca de la maternidad van acompañadas de ciertos estigmas y prejuicios al derecho a decidir, mientras que las percepciones más

liberales muestran menores resistencias a respetar la autonomía reproductivas de las mujeres.

Tabla 14. Significados respecto a la maternidad

Categoría	*Descripción*
Maternidad intensiva	La maternidad es concebida como una responsabilidad de tiempo completo, que no tiene pausas, ni momentos de descanso. Se le demanda a la mujer la protección y preservación de valores en el infante, y se libera a los hombres del trabajo de crianza y cuidados.
Maternidad romántica	Se contempla a la maternidad como una experiencia única, especial e irremplazable en la vida de una mujer. Se categoriza el hecho de ser madre como una bendición.
Maternidad elegida	Desde esta visión la maternidad debe ser una elección de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Las entrevistadas expresaron, en sus discursos, tres encuadres en torno a la maternidad: maternidad intensiva, maternidad romántica y maternidad elegida. Las tres percepciones se combinan, pero predomina en mayor medida la concepción de maternidad intensiva. Este encuadre se presenta en los discursos de todas las entrevistadas, incluso las mujeres que apoyan y siguen el movimiento feminista, conciben al ejercicio de la maternidad (maternar) como una responsabilidad de tiempo completo, que no tiene pausas, ni momentos de descanso. Todas las participantes coincidieron al describir a la madre como una persona responsable, cuidadosa, amorosa, trabajadora, sabia, que puede con todo en cualquier momento. Desde esta visión, la mujer es la encargada de cocinar y limpiar, y también de aconsejar y amar, se visualiza a la madre como la persona que nunca faltará, ni le fallará a sus hijos/as, es quien procura los cuidados físicos, mentales y emocionales.

Se mantiene a la maternidad como un asunto de mujeres, le brindan gran relevancia al trabajo materno en el desarrollo de los infantes, pues afirman que la maternidad no solo se trata de cocinar o llevar a la escuela, también se deben dar cuidados de amor y educación. En la declaración de Minerva (de 21 años, unión libre, madre de un niño de un año de edad) se visualiza el gran valor que se le adjudica a la madre en el proceso de crianza:

> "(La maternidad) Es mucha dedicación, es tener atención, amor y muchos cuidados, es una persona a la que tienes que guiar, que tenga valores, que sepa poner límites, que sepa cómo amarse, y si tú no le das el amor, la atención o los cuidados que necesita… siento que muchas personas no le ponen los cuidados necesarios a un niño, entonces sería como echarlo a perder o solo traerlo al mundo porque sí. Entonces yo pensaba eso, que ahorita mi hijo necesita mucha atención, muchos cuidados, teniendo a otro bebé es partirte en dos, pero ya no sería

lo mismo." (Minerva, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Minerva resalta los cuidados de educación hacia los infantes, coloca a las madres como las responsables de formar personas integras, aunque señala también que esto no sucede en todos los casos y el resultado son personas "que se echan a perder". Desde su visión de "buena madre" considera que las mujeres deben tener amplias capacidades en trabajos de cuidados y tiempo para llevarlos acabo, de otra manera no asumen su rol y "traen hijos al mundo porque sí". En su discurso se reflejan dinámicas de desigualdad de género, prefiere a la mujer a cargo de los trabajos de cuidados y se elimina el rol que debería cumplir el padre en la crianza de los infantes tanto a nivel económico, como emocional y de tareas.

Asimismo, en estas narrativas de maternidad intensiva se intenta justificar el por qué es preferible la interrupción del embarazo cuando no se tienen los tiempos y recursos para criar a un nuevo infante; como la maternidad es una tarea tan absorbente y laboriosa, es preferible posponer el hecho de ser madre o interrumpir el embarazo para no descuidar la crianza de los primeros hijos/as:

"Para mí la maternidad es mucha responsabilidad, no solo económica, también las enseñas, el guiarlos, es una cuestión bien difícil, a pesar de que mis hijos están pequeños se me hace muy difícil el camino de la maternidad. Nunca pensé llegar a hacerlo, pero dije "no puedo traer al mundo a alguien que no tengo qué ofrecerle", muchos nos dicen que nos apoyan, pero la realidad es que no, te pueden apoyar económicamente, pero el hecho de guiarlos, de responsabilizarte de ellos, esas personitas dependen de ti y si estás sola es una gran carga. Es muy bonito que no estés sola, tienes a tus hijos, es amor incondicional, pero es una gran responsabilidad el hecho de educarlos." (Génesis, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Génesis es madre soltera de 3 hijos y, de acuerdo con su experiencia, describe a la maternidad como una tarea difícil que requiere de mucha atención. Nunca pensó pasar por un proceso de interrupción de embarazo, pero tras evaluar las grandes cargas de trabajo que implica tener un hijo más, decidió acudir al servicio de ILE. Su vivencia de maternidad soltera ha sido tan complicada que recupera su historia para justificar su decisión ante otras personas que se encuentran en desacuerdo con el servicio de ILE, Génesis resaltó con mayor énfasis la falta de apoyo del padre de sus hijos:

"Ella (su amiga) tiene cuatro hijos, pero la diferencia es que los papás de los niños la apoyan, nunca la han dejado sola, yo se lo dije a ella "tú gracias a Dios has tenido el apoyo de los papás, y el papá de mis niños no se hizo cargo, no está con ellos, es una situación muy difícil". Yo jamás la juzgué, le dije "no te juzgo, pero tú tienes una gran ventaja, a lo mejor yo estoy mal, pero no encuentro otra solución, de verdad trato de trabajar día con día y sacar

> las cosas, pero no salen, la situación ya está muy difícil". (Génesis, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

A partir del encuadre de maternidad intensiva se le demanda a la mujer la protección y preservación de valores en el infante, y se libera a los hombres del trabajo de crianza, pero si el corresponsable aporta al cuidado de los hijos se percibe como una "ventaja". Son tan altas las exigencias a la figura femenina que la maternidad termina representando una carga más, y la práctica de maternar se caracteriza por ser difícil y agotadora. Las entrevistadas en sus discursos, y probablemente también en sus prácticas, replican la idea naturalizada de sacrificio por los otros y consideran correcto invertir grandes cantidades de energía física, moral, mental y emocional en la crianza de los infantes, tal como señala Sharon Hays. (1998) Son tantas las expectativas y presiones sociales de ser una "buena madre" que, algunas mujeres, llegan a presentar emociones de inseguridad y consideran que no cuentan con la inteligencia y madurez necesaria para ser madres:

> "Si ahorita no me siento lista, antes menos. Me daba miedo que me pasara lo que me acaba de pasar y no estar lista, me daba miedo no ser suficiente para tener un hijo, hija o hije. Me daba miedo no sentirme suficientemente apta, suficientemente inteligente, suficientemente madura, suficientemente capaz para tener a un bebé. Es algo que he trabajado mucho y he platicado con mi psicóloga, en realidad era un miedo de no ser capaz, no ser suficiente, no ser apta." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Al mismo tiempo, una minoría de mujeres también percibía a la maternidad desde un encuadre que la romantiza, principalmente, las usuarias con mayor edad y creyentes de la iglesia católica. Este grupo se refirió a la maternidad como una experiencia única, especial e irremplazable en la vida de una mujer. Categorizaron el hecho de ser madre como una bendición, como algo hermoso y describieron a sus hijos/as como lo mejor de sus vidas. Esta visión fue reforzada con discursos religiosos que van en contra del derecho a decidir, "en el marco del pensamiento religioso popular, se invoca la voluntad de Dios como una fuerza impredecible, sobre la que es imposible tener control y que está presente en todos los acontecimientos de la vida." (Erviti et al., 2004, p. 14)

Este grupo que coloca al embarazo como una "bendición de dios", coincidieron al mencionar que durante su proceso de ILE pasaron por sensaciones de incoherencia, sentimientos encontrados o culpa, puesto que habían decidido "algo" que iba en contra de sus creencias e ideologías, no se sintieron cómodas, ni seguras de su decisión, pero era "algo" que debían hacer. Julia (46 años, comerciante y casada) nos contó cómo se

interrogó, en repetidas ocasiones, por qué Dios la había elegido a ella para ser madre nuevamente:

> "De acuerdo con mi experiencia, la maternidad es la octava maravilla del mundo, la cosa más linda del mundo, son vivencias y experiencias que como madre ya viví, ya conocí, el hecho de poder dar a luz, de poder estar con tu hijo es una de las mejores cosas que te pueden pasar como mujer. Es allí donde entra mi controversia de lo difícil que fue, o tal vez no difícil, por varias situaciones era definitivamente necesario lo que hice, pero sí te detienes a pensar, sí te taladra preguntarte "¿por qué yo?, ¿por qué yo Dios?", tantas mujeres queriendo ser madres, queriendo tener un hijo, y tal vez teniendo la solvencia económica, estabilidad emocional, teniendo profesiones, mujeres preparadas, jóvenes que están en esa situación y no se les da el hecho de poder procrear, de poder tener un hijo. […] Por situaciones diversas me encontraba en una encrucijada, por mis creencias me sentía vulnerable, ¿estaba haciendo bien o mal?, no encontraba el descanso o tranquilidad, pero definitivamente por las cosas que he vivido y por las situaciones que he pasado no podía tener un hijo a estas alturas de mi vida." (Julia, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Este grupo de mujeres hizo un mayor uso de estrategias discursivas para afrontar una posible estigmatización por su interrupción de embarazo. Continuamente mencionaban las razones que las orillaron a solicitar la ILE, como graves problemas de salud, falta de apoyo en la pareja, crisis económica y por edad avanzada. Durante las entrevistas hacían énfasis en que, si el embarazo hubiera ocurrido hace 5 o 10 años y en mejores situaciones económicas seguirían con el embarazo. Presentaban su caso como una excepción, la decisión fue explicada como algo muy difícil de elegir y sobrellevar, no se posicionaban a favor de la práctica del aborto, pero en situaciones especiales era aceptable interrumpir el embarazo. Asimismo, las entrevistadas coincidieron al señalar que mantendrían su decisión como un asunto micro-familiar (pareja, hijos e hijas) puesto que sus madres, padres o hermanos/as las juzgarían, las etiquetarían de irresponsables tanto por el no uso de métodos anticonceptivos, como por el rechazo a una bendición de Dios.

Estas usuarias prefieren mantener su aborto como un asunto "privado" porque serían criticadas y rechazadas en sus círculos cercanos, a pesar de que no se arrepienten de su decisión y creen que fue lo mejor según sus proyectos de vida. Estos encuadres nos dan cuenta de la estigmatización social que continua respecto al aborto, y también de los pocos avances, después de 14 años, respecto a la difusión de la ILE como un derecho reproductivo de las mujeres. El aborto se mantiene como un tabú, algo indeseable y cuestionable, y su práctica debe ser por causas "razonables".

Por otro lado, también se identificó un grupo de participantes que percibía a la maternidad como una actividad intensiva, y al mismo tiempo, como una elección de las mujeres. El tercer encuadre discursivo fue pronunciado, principalmente, por usuarias más

jóvenes, con estudios de preparatoria o universidad y que señalaron identificarse con el movimiento feminista. Estas mujeres argumentaron que la maternidad conllevaba momentos buenos, malos, satisfactorios y de estrés, por lo tanto, el ser madre debía ser deseado. Algunas usuarias de este grupo ya tenían hijos, y otras no rechazan la opción de ser madres en algún futuro, pero coincidían al decir que la maternidad era una "responsabilidad muy grande" para la cual no estaban preparadas en esos momentos, o no querían asumirla por una segunda o tercera ocasión. El siguiente testimonio, de una joven madre de una niña de 3 años y empleada de medio tiempo, resume esta postura:

> "Yo siento que la maternidad es algo muy bonito por como lo he vivido. Muy pesado, muy cansado, pero es muy bonito. Sí la romantizan mucho, a veces sí es muy cansado, lloras y no sabes qué hacer, no sabes si lo estás haciendo bien o mal, pero tus hijos te dan un tipo de recompensa, también tú aprendes de ellos. La maternidad es algo muy bonito, pero cuando tú lo deseas. A mi alrededor yo he visto muchos casos de maternidades obligadas, incluso en mi familia, mi mamá no me deseaba en el momento, y sí ha habido algunas situaciones en donde yo me he dado cuenta que ella no quería tenerme. […] Cuando me embaracé de mi hija tampoco fue un embarazo planeado, pero desde el momento en el que me enteré que estaba embarazada yo sentía este amor incondicional que te dicen, "cuando te conviertes en madre sientes un amor incondicional hacia tus hijos", desde el momento en que me enteré que estaba embarazada sentí eso por mi hija. La deseaba muchísimo, nunca pasó por mi cabeza el no tenerla a pesar de que estaba más chica, tenía 21 años, actualmente tengo 24. Entonces con este bebé lo único que sentía era rechazo, desde el momento que supe que estaba embarazada no lo quería dentro de mi cuerpo, no sé por qué, pero simplemente no lo quería dentro de mi cuerpo. […] Sí siento culpa, sí me siento culpable, y en el momento también me sentía culpable, pero siempre estuve muy fija en mi decisión, no tenía otra alternativa. […] Mi culpa, yo siento que mi culpa es porque en ningún momento me nació un sentimiento de amor, esa es mi culpa. En ningún momento sentí una mínima chispita que me quisiera hacer cambiar de opinión, eso es lo que a mí me da culpa." (Esmeralda, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Esmeralda, de 24 años y con estudios de preparatoria, cuestionó a la maternidad como algo que se acepta con gusto siempre, en cambio, comparó sus dos embarazos y diferenció los sentimientos que le provocaron cada uno. Dentro de su explicación retoma el denominado "instinto maternal", el cual no "sintió" en el último caso y le ocasionó sensaciones de culpa, pues no percibió sentimientos de amor que le hicieran dudar de su decisión. Concebía al "instinto materno" como algo "natural" e "inmediato", así le había ocurrido con su hija, pero en esta ocasión no se dio, y por el contrario, percibió sentimientos de rechazo y apuro por interrumpir el embarazo. Detalla su experiencia para especificar que la maternidad es un trabajo complicado que debe ser deseado para sobrellevarse positivamente, de lo contrario se generan dinámicas de culpa, rencor o reproche entre madre e hijo/a. Su caso nos ejemplifica que una maternidad deseada no siempre es sinónimo de maternidad planeada, y que los embarazos no planeados pueden

generar diversos sentimientos, pero dependerá del contexto particular de cada mujer el cómo se reconfiguran la percepción del embarazo y la posibilidad de ser madre. En ese sentido, el "insisto maternal" no es algo predispuesto en las mujeres, más bien se trata de un ideal cultural que refuerza los roles de género tradicionales y arcaicos. (Juliano, 2004)

Otro caso que ejemplifica la visión de la maternidad como una elección es el testimonio de Casandra, quien recupera su trayectoria de vida para señalar la importancia de que la mujer desee o quiera asumir la maternidad en esos momentos de su vida:

> "A mí me adoptaron, para mí la maternidad siempre ha sido deseada o no lo es, punto. Yo sé que mi mamá me deseo muchísimo, con todo su corazón durante mucho tiempo. [...] No importa cómo fue, al final de cuentas ella lo deseó, para mí la maternidad es algo que lo deseas o no debe de ser. Además, yo me identificó como feminista y creo aún más en ese principio, la maternidad debe ser deseada. Sí creo que cuando una persona decide estar embarazada, decide traer a alguien al mundo, tiene que estar consiente y segura de esa decisión. Para mí, en ese momento representaba, no voy a decir que un estorbo, simplemente no lo deseada, no lo quería, sabía que en algún momento lejano quería tener hijos, pero en ese momento no, estaba segura que no. De entrada, lo que acaba de pasar con mi novio, había sido un shock emocional muy fuerte; en segundo, simplemente no estoy en las condiciones de traer a alguien al mundo, no me siento preparada, tengo trabajo, pero apenas estoy empezando mi vida laboral, todavía no termino la carrera y ya la he retrasado mucho por otras cosas." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Casandra recuerda su adopción en la niñez para describir su percepción acerca de la maternidad, en específico de la maternidad elegida. Se identificó como seguidora de la Marea Verde y citó en repetidas ocasiones al aborto como un derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo, reconoció que nadie está preparado para la crianza de un hijo/a, pero asumirla debe ser una elección y no un destino prestablecido. Aunque este grupo de participantes también hacen referencia a la maternidad intensiva en sus explicaciones, al mismo tiempo, reconocen la autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos y vidas, respetan otros casos de interrupción del embarazo, no intentan justificar su decisión, ni la ocultan de sus conocidos o familiares. Estarían dispuestas a compartir su experiencia si eso significa apoyar a otra mujer en su proceso de aborto.

5.3.2 Significados sobre el derecho a decidir por parte de las usuarias

Los significados acerca de la Interrupción Legal del Embarazo por parte de las usuarias emanan de posturas antagónicas sobre la práctica del aborto. Tras preguntarles su opinión acerca de la ILE, de manera inmediata describían su posición en términos positivos o negativos, aunque la pregunta era "¿Qué piensas sobre la interrupción del embarazo?",

las participantes explicaban por qué apoyaban o rechazaban la práctica de aborto. Este debate público desde posturas antagónicas ha sido utilizado por los grupos conservadores Pro-vida como una estrategia para describir al aborto como un “asesinato” y defender “la vida del feto”, y de esta forma buscar que la población sea opositora a la ILE. No obstante, el movimiento feminista ha criticado en repetidas ocasiones la difusión del aborto en términos positivos o negativos, porque ninguna persona podría posicionarse “a favor” de que las mujeres aborten, ni las mujeres abortan por gusto, más bien se demanda que las mujeres puedan decidir libremente si continuar con su embarazo o no, sin intervención del Estado o la Iglesia.

A pesar de que las feministas, desde la década de los noventa, impulsaron diversas estrategias discursivas que reclaman el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y plantean como pregunta central: “¿quién debe tomar la decisión de continuar o interrumpir un embarazo?”, dentro de los testimonios recopilados se presta atención a la “vida del posible infante”. No obstante, resalta la apropiación de la ILE como un derecho por un importante número de las participantes, aunque las narrativas no son mutuamente excluyentes, llama la atención los avances de la Marea Verde en la reconstrucción de significados en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Tabla 15. Significados sobre el derecho a decidir por parte de las usuarias

Encuadres interpretativos	*Descripción*
Encuadres interpretativos en contra del derecho a decidir	
Irresponsabilidad	Se considera que en la actualidad existe una amplia difusión y acceso a métodos anticonceptivos, la ILE debería darse solo en casos extremos o excepcionales.
Encuadres interpretativos a favor del derecho a decidir	
Método que evita el abandono de niños/as	Se enfatiza la posible vida que puede tener el hipotético recién nacido si se da en un contexto no deseado o de pobreza, por ello es preferible acudir al servicio de ILE que tener un hijo que probablemente sufra por falta de atención o cuidados.
Derecho reproductivo	El acceso al servicio de ILE se reconoce como un derecho de todas las mujeres, sin importar cómo se dio el embarazo o cuáles son las razones detrás.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

a. Encuadres interpretativos en contra del derecho a decidir

Son una minoría los encuadres interpretativos en tonos negativos respecto a la Interrupción Legal del Embarazo por parte de las usuarias, solamente dos participantes expresaron estar en desacuerdo con la práctica de ILE, a pesar de haber sido usuaria del servicio. Describieron a la ILE como una opción que debe utilizarse en casos excepcionales, es decir, en casos violación sexual, cuando el embarazo representa un riesgo en la vida o salud de la mujer. Desde su visión, perciben como una "irresponsabilidad" el asistir a la ILE porque en la actualidad se "goza" de una amplia difusión y acceso a métodos anticonceptivos. Asimismo, relacionan a la ILE con una falta de valores en la sociedad, principalmente, en las mujeres jóvenes que tienen una vida sexual "libertina".

Estas mujeres se caracterizaron por tener estudios hasta la secundaria, tener arriba de 35 años y predicar la religión católica. Soraya, de 36 años y madre de dos varones de 15 y 17 años, formula el encuadre de la siguiente manera:

> "No voy a ser tan congruente, no me gusta, pero yo lo realicé. También he sido de las personas que digo que ya son una personita, sí le lloré y todo, le dije a mi esposo "sueño con él", soñaba que me desangraba, soñaba que traía a un bebé, tengo dos hijos, es matar a un hijo, porque ya tengo dos. Híjole, por eso te digo que no soy muy congruente porque sí me dolió (se le empezó a entrecortar la voz), y no estoy a favor, pero lo realicé, lo tuve que realizar. Te digo que es un ser vivo, es una persona que al final y al cabo si lo dejas va a formar parte de esta vida, por eso no estoy a favor, pero respeto mucho a las personas que lo realizan, cada quién tiene sus motivos. […] Estoy en contra porque, me voy a ir muy anticuada, pero yo digo que por eso hay mucha enfermedad sexual porque ya no se protegen, se meten con uno y con otro, no todas obviamente, pero ya no se respetan a ellas mismas, no te voy a decir que sean vírgenes, porque yo desde muy chica tuve actividad sexual, pero no te puedo decir que conocí a muchos hombres en la cama, me quedé con mi esposo, pero en este caso ya no respetan la intimidad sexual, tantas grabaciones, los valores ya se han perdido mucho." (Soraya, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Soraya percibe a la interrupción del embarazo como un hecho doloroso y triste, porque cree que la interrupción del embarazo es "matar a un hijo". Reproduce discursos conservadores donde al producto se le considera un ser humano desde la concepción, y coloca a la mujer como una asesina. Aunque dice respetar a las personas que acuden al servicio de ILE, en su discurso criminaliza decisión, y al mismo tiempo estigmatiza a las mujeres que han tenido más de una pareja sexual. Desde la visión tradicional de Soraya, la práctica del aborto y los índices de enfermedades sexuales serían menores si las mujeres

mantuvieran y respetaran ciertos valores, como el hecho de tener relaciones sexuales solamente con un hombre, en vez de que se “metan con uno y con otro”.

En los discursos más conservadores se recrimina a la mujer el no uso de métodos anticonceptivos; no se toma en cuenta cuestiones de pobreza, falta de acceso a servicios de salud o educación sexual, costumbres machistas que no aceptan el uso de métodos anticonceptivos, ni el rol de la pareja en los cuidados anticonceptivos. Consideran que la mujer puede prevenir embarazos no deseados, y si no lo logra es por mera irresponsabilidad. Se señalan responsables del embarazo no deseado y enlistan cuáles fueron sus errores referentes a los cuidados anticonceptivos. De manera automática, se adjudican la tarea de adoptar un método anticonceptivo, tarea que debe realizarse correctamente sino será una muestra de descuido por parte de ellas. Para ejemplificar este punto se retoma el testimonio de Miranda, usuaria que considera a la ILE como un servicio extremo, que puede evitarse si no hay negligencias en los cuidados anticonceptivos:

> “A pesar de habérmelo hecho (la práctica de ILE), sigo pensando igual, que sí nos debemos de cuidar para no llegar a estos extremos. Incluso ese día que vine a la revisión me lleve un montón de condones, hasta le regale a mi hija, a mi sobrino. Ese día una señora que estaba ahí, yo creo que para revisión, me empezó a ver y le digo “ay, es que se los llevo a mi hija”, y que irónico, porque mi hija ya empezó a tener relaciones y siempre le estoy dice y dice “cuídate, cuídate, no vayas a salir embarazada y todo eso” y mira quién quedó embarazada.” (Miranda, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Este grupo mencionó que durante su infancia se les habló poco sobre cuidados anticonceptivos o relaciones sexuales, pero consideran que los tiempos han evolucionado, actualmente existe una amplia difusión y variedad de métodos anticonceptivos, y en las familias hay mayor apertura para dialogar y educar en materia de sexualidad. Desde su visión, los embarazos no deseados solo tienen justificación en lugares rurales marginados donde las prácticas machistas predominan y las mujeres no tienen acceso a la información. Por ello el acudir a la ILE les provocó emociones de frustración y enojo consigo mismas, la asistencia a este servicio les representa un fracaso en su vida sexual, un descuido y una irresponsabilidad.

Las mujeres que desaprueban la práctica del aborto vivieron su proceso con mayores sensaciones de culpa, miedo y tristeza. En diferentes momentos dudaron si su decisión era la correcta, pero consideraron a la ILE como su única opción, era algo que no deseaban, pero “debían hacer”. Asimismo, se describieron como personas incongruentes entre sus palabras y acciones, al respecto Miranda expresó: “Ahorita pienso –siempre has

creído una cosa y ahorita hiciste algo–, hasta me siento mal conmigo misma, –creías esto e hiciste esto–".

Desde este encuadre se sigue criminalizando el decidir sobre el propio cuerpo, se mantienen la ILE como un tabú y representa un error en la vida reproductiva de las mujeres. Las mujeres no se asumen como dueñas de su cuerpo y vida, en cambio, se guían por los estereotipos patriarcales que se mantienen en el imaginario de la sociedad.

b. Encuadres interpretativos a favor del derecho a decidir

La mayoría de las entrevistadas se posiciona a favor de la ILE, pero enmarcan su postura en dos discursos: la ILE como un método que evita el abandono de niños/as, y la ILE como un derecho reproductivo. Las dos narrativas se combinan en la mayoría de los testimonios, aunque en ocasiones no mantengan mucha coherencia y se contrapongan. No obstante, es preciso remarcar que, en repetidas ocasiones se hace uso de la consigna feminista "Mi cuerpo, mi decisión", a pesar del bajo conocimiento o simpatía que se tenga con el movimiento feminista y sus aportes en la despenalización del aborto. La repetición de este lema nos indica avances del movimiento pro-elección dentro de la opinión pública, pues en décadas anteriores estos discursos solo se pronunciaban en la comunidad feminista.

La primera narrativa hace referencia a los infantes en situación de calle, se considera a la ILE como un método que evita el abandono de niños(as), se enfatiza la posible vida que puede tener el hipotético recién nacido si se da en un contexto no deseado o de pobreza. Cerca del 30% de las entrevistadas se autodenominan como "las salvadoras" de niños, y prefieren acudir al servicio de ILE que tener un hijo/a que probablemente sufra por falta de atención. Desde este encuadre se pone en el centro a los infantes, porque cuando una madre carece de tiempo y recursos el único que sufre es el hijo/a. Margot (18 años, sin hijos) y Romina (25 años, sin hijos) expresaron esta postura de la siguiente manera:

> "Yo pienso que está muy bien. Porque hay mujeres que no atienden muy bien a sus niños, los dejan, los abandonan y bien dicen que "¿los niños qué culpa tienen?". Para mí está bien. Que yo vea a un niño sufriendo es muy feo. […] Estoy a favor porque salvamos a muchos niños. Literalmente he visto a niños que no son bien atendidos, los llevan a los orfanatorios, y la verdad no les dan mucha atención. No les atienden bien." (Margot, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

> "Ay, siento que es maravilloso, de verdad, siento que es una práctica buena onda, yo prefiero que una mujer vaya a interrumpir su embarazo a que tenga hijos no deseados y sufran, al

> final de cuentas quiénes sufren son los niños. Volvemos a lo mismo, te avientes el paquete y tienes al hijo como madre soltera, te vas a trabajar y Dios sepa qué es de tu hijo, todo eso conlleva a la sociedad en la que vivimos. Tú, madre soltera, te vas a trabajar mientras que tu hijo está solo en casa, se sale con amigos mala influencia, drogadictos, rateros, etc." (Romina, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Ambas usuarias perciben la crianza desde una concepción tradicional, se nombra a la madre como la responsable del infante y en ningún momento señalan las responsabilidades del padre. En ese sentido, si la madre no asume las tareas de cuidados al 100% es preferible que no tenga hijos, puesto que la falta de atención perjudica a la formación del infante y también a la conformación de la sociedad. Se justifica la práctica de la ILE desde una visión conservadora de la maternidad (aunque basada en experiencias situadas), la cual pondera al producto y la decisión es tomada respecto al posible infante, de esta manera la interrupción del embarazo es la opción que evita sufrimientos y decadencias. Asimismo, algunas usuarias generan discursos clasistas donde aprueban la práctica de ILE cuando la persona embarazada está en situación de calle y no tiene las posibilidades de brindar una vida digna al infante, existe una percepción donde solamente "mujeres con poder adquisitivo" deberían tener hijos. Minerva plantea esta idea de la siguiente manera:

> "Deberíamos de respetar el pensamiento o las decisiones de los demás, las personas que hacen que no abortes no te lo van a cuidar ni te lo van a mantener, ahorita es muy difícil tener un hijo. Hay muchas personas en situación de calle teniendo hijos, los cuales no están teniendo una vida digna, entonces es mejor no tener un bebé, a tener un bebé y maltratarlo, hacerlo vivir una vida con muchas carencias." (Minerva, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Este encuadre genera cierta permisibilidad moral de la práctica del aborto desde visiones conservadoras, y aunque también ha sido impulsado por comunidades pro-aborto para ganar simpatizantes, los estudios han reflejado que la estrategia ha generado apoyos limitados e inadecuadas implementaciones de la política pública. Un ejemplo de ello se dio en Irlanda en 2018 con la campaña "Sí a favor del aborto", la autora Aideen Catherine O'Shaughnessy (2022) identificó lógicas morales y guiones emociones en torno al "cuidado, compasión y cambio". En la campaña a favor centralizaron experiencias de sufrimiento, tragedia o crisis de mujeres embarazadas que recibían diagnósticos de anomalías graves, y así se planteaba la práctica del aborto como algo –necesario–. "La idea del aborto como una opción "excepcional" o una "necesidad" fue central en el marco de la campaña del Sí." (2022, p. 238)

El referir historias trágicas de los posibles infantes nacidos les permite a las usuarias establecer su decisión en términos moralmente aceptables, y vuelven a colocar a la mujer como un sujeto protector de la familia, que tiene la capacidad de evitar sufrimientos. Algunas usuarias se posicionan a favor del aborto porque creen que algunas mujeres (las malas madres) carecen de ciertas características maternales o aún no están listas para la crianza de un hijo(a). De manera indirecta, enfatizan los ideales de "buena madre" y demandan la práctica de la ILE a las mujeres que no cumplan con este perfil, porque desde su visión, el único que termina sufriendo es el infante. Así construyen los "buenos abortos" y los "malos abortos", algunos justificados y otros no.

La segunda interpretación que le dan las usuarias de la ILE es desde una perspectiva de derechos humanos. Las mujeres que configuran este encuadre se caracterizan por tener estudios universitarios y apoyar el movimiento feminista, aunque la información que poseen acerca del feminismo varía y en ocasiones es mínima, remarcan la importancia del movimiento feminista y la Marea Verde en la legalización del aborto. Este grupo exige el acceso al servicio de ILE para todas las mujeres, sin importar cómo se dio el embarazo o cuáles son las razones detrás de la decisión. Estas usuarias agradecen el acceso a servicios de aborto legales, seguros y gratuitos a la lucha feminista:

> "Yo lo que pensaba era que estaba muy agradecida, agradecida a todas las mujeres que han luchado para que esto sea legal y gratuito, el hecho de poder decidir, el hecho de no sentirme obligada, el hecho de no estar condenada o tener la maternidad como castigo, para mí me hizo sentir muy agradecida. Estas cosas pasan, estos accidentes suceden." (Sabrina, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Aunque no es una mayoría las mujeres que se apropian de la ILE como un derecho, tampoco son casos esporádicos, como en el estudio de Amuchástegui y Edith Flores (2013) y en el de Elyse Ona Singer (2019), en esta investigación cerca del 40% de las entrevistadas conciben a la ILE como un derecho. Parafrasean de diferentes formas el derecho que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo, y se muestran respetuosas sobre las decisiones de las otras, percibe la interrupción del embarazo como algo que puede suceder o no. Asimismo, reconocen a la maternidad y a la interrupción del embarazo como una práctica que debe ser deseada, es planteada en términos de elección y no de imposición, las entrevistadas coinciden al señalar que el querer o no ser madre es una decisión individual que no debe justificarse:

> "Yo respeto la decisión que tome cualquier persona sobre su cuerpo y su vida, porque es cuerpo y es su vida, mientras a mí me perjudique o me afecte no tengo por qué opinar acerca de los demás. En cuestión de la interrupción legal, simplemente si no quieres pues no quieres y ya, no tienes por qué justificarte, simplemente no quieres ser mamá y ya, no hay otra razón,

cada quién decide lo que quiere." (Sabrina, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

"Yo creo que de manera general estoy a favor (sin importar la causal), lo dije muchas veces y lo voy a seguir diciendo, la maternidad va a ser deseada o no va a ser." (Marina, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

A diferencia del encuadre anterior, donde de primer momento se piensa en el bienestar del posible infante, estas mujeres poseen una mayor apropiación de su cuerpo y autonomía reproductiva, al respecto resalta el testimonio de Casandra, estudiante de sociología, sin hijos, empleada en el sector gubernamental:

"Hablar de que es nuestra decisión si queremos o no tener hijos, me parece tan disruptivo, tan correcto, porque nuestros cuerpos nunca nos han pertenecido. Creo que estamos en un momento histórico donde las mujeres entendemos que la única decisión sobre nuestros cuerpos la tenemos que tener nosotras, no nuestras parejas, no nuestras familias, no nuestras mamás, no nuestra religión, solo nosotras, por eso me entusiasmo mucho." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

El discurso de Casandra nos da cuenta de los avances que han tenido los estudios de perspectiva de género y la lucha feminista en la deconstrucción de los significados sociales acerca del derecho a decidir. Es notable la disminución de estigmas y discursos conservadores que han colocado históricamente a las mujeres como un ser reproductor y cuidador de otros, en cambio, se posiciona a la mujer como una persona con libertad y autonomía, capaz de decidir sobre su propio cuerpo y proyecto de vida, sin verse coaccionada, discriminada o violentada. La repetición continua de la consigna "Mi cuerpo, mi decisión" visibiliza como el activismo feminista ha resignificado el tema del aborto en un espectro donde la pregunta central es "¿quién decide si los seres engendrados nacen o no?". (Lamas, 2018: p.10)

5.4 Estigmas y razones que persisten en contra del derecho a decidir: solicitud repetida de ILE's

Aunque en sus discursos la mayoría de los entrevistados/as se posicionan a favor de que las mujeres puedan decidir sobre su propio cuerpo, también predomina una condena social hacia las usuarias que han interrumpido un embarazo en más de una ocasión. Todo el personal de salud entrevistado y la mayoría de las usuarias participantes coinciden al señalar que la solicitud de ILE debería ser una o máximo dos veces. Se identificó una desaprobación contundente hacia las mujeres que no adoptan un método anticonceptivo

o no prevén cuidados anticonceptivos, se considera que los embarazos no planeados repetidos son una muestra de irresponsabilidad y falta de conciencia sobre la salud reproductiva. Asimismo, en algunos testimonios se reproducen posicionamientos acerca del aborto que han infiltrado los grupos conservadores, como el que la legalización provocará que se use el servicio como un método anticonceptivo más. Solo un grupo reducido de usuarias se posiciona respetuosas de los casos donde han solicitado por más de una ocasión la ILE, estas mujeres dan un reconocimiento universal, permanente e intrínseco al derecho a la interrupción legal del embarazo.

5.4.1 Ejes discursivos de los profesionales de la salud sobre las repetidoras de ILE's

A diferencia de otras investigaciones, como la de Elyse Ona Singer, realizada entre los años 2013 y 2015, donde se identifica que, los integrantes del personal articulaban un esquema de razones aceptables para la práctica de aborto, siendo el embarazo resultante de una violación la razón más aceptable y el descuido individual la menor; en este estudio se registra un mayor reconocimiento de la capacidad de la mujer para decidir sobre su cuerpo, no obstante, esto es permisible solamente en una ocasión. La aprobación disminuye en casos donde la misma mujer solicita el servicio en varias ocasiones, pues desde su visión las mujeres pueden solucionar un embarazo no deseado, pero deben aprender la lección y hacerse responsable de su salud reproductiva.

Durante el trabajo de campo se registraron actitudes de inconformidad cuando se daba atención a una "repetidora", puesto que se les considera como mujeres que no crean conciencia sobre su salud reproductiva y prefieren llevar una vida sexual "libertina". Esta percepción se debe en gran medida a la categorización, señalada anteriormente, de mujeres responsables e irresponsables; de acuerdo con la lógica de algunos profesionales de salud, las mujeres responsables deciden cuidarse después de una ILE, mientras que las irresponsables no le toman importancia a su salud reproductiva y son las que regresan por una segunda, tercera o cuarta ocasión al servicio. La reacción ideal y esperada es que las usuarias acepten, de manera inmediata, la colocación de un implante subdérmico o DIU Mirena.

En el discurso oficial del personal de salud se reconoce que el servicio se puede solicitar en repetidas ocasiones, nunca se va a negar, pero también reflejan desaprobación hacia esos casos. Durante la implementación de la política pública (de manera implícita) se les recrimina y estigmatiza a las mujeres que no adoptan un método anticonceptivo tras

su primera interrupción de embarazo voluntaria, aumenta la insistencia por los cuidados anticonceptivos y se genera un interrogativo que busca colocarlas como un mal ejemplo hacia el resto de usuarias. En el Centro de Salud México España se preguntaba quién iba por segunda ocasión y tras identificarlas, se expresaba en tono de desaprobación "¿ya vieron que sí se debe andar con un método de anticoncepción?".

La inconformidad con los casos de repetidoras es tan alta, que la mayoría del personal de salud considera prudente una cuota monetaria para las mujeres que solicitan por más de una ocasión la ILE. Estos profesionales de la salud aprueban la primera ILE como un error que puede cometer cualquier persona, pero el hecho de que regresen es muestra de irresponsabilidad en la sexualidad y salud. Al respecto, se retoman los testimonios de dos profesionales de la salud:

> "A lo mejor la que cometió un error, vino una vez, y no la volvemos a ver aquí, y no porque no queramos, sino porque es lo más conveniente. Pero ya las repetitivas, debería haber alguna forma de que sintieran la presión de no venir, nada más ya saben el caminito, entonces a lo mejor sí empezar a ver alguna estrategia, no sé si sea monetario o de qué tipo, mira a todo lo que más nos duele qué es, es el dinero, entonces que hagan la reflexión y digan "es que ahorita me va a salir en tanto y si vuelvo me va a costar tanto". Es como las multas, tú ya sabes si las haces o no, ahí están los precios, de quién es responsabilidad de cometerla, tuya, ya sabes que, si la cometes vas a pagar tanto, y de acuerdo a la infracción que hagas va a ser la multa, pues algo así, porque si no la gente va a seguir. Yo creo que hay que ver la forma de concientizar más a la gente y que no vengan aquí cuatro, cinco o seis veces." (Darío, Personal de Salud)

> "Los casos que se repiten, que no quieren ponerse el dispositivo o no quieren hacerse responsables de su salud reproductiva, vienen de manera continua a hacerse el aborto. […] No se quieren hacer responsables de sí mismas, la salud reproductiva y sexual debe ser plena, pero con responsabilidad, entonces lo toman como un método, pueden venir 3, 4, 5 veces… es lo sorprendente, pero no lo entienden y no quieren, les dices y les ofreces los métodos y no los quieren, uno se da cuenta de que no hay esa concientización personal, porque para hacer conciencia es personal, uno no lo hace hacia la persona, sino la persona." (Aime, Personal de Salud)

Gran parte del personal de salud considera que las mujeres que solicitan en más de una ocasión la ILE lo hacen porque se les hace "fácil" y "no pagan nada", conocen la ruta y solo deben formarse temprano. Existe la percepción de que las usuarias no están reflexionando sobre su salud y los efectos de la interrupción del embarazo en sus cuerpos, por lo tanto, si existiera una cuota monetaria "mínima" o "simbólica" se podría genera cierto interés en el uso y aceptación de métodos anticonceptivos. De esta manera, replican discursos donde responsabilizan a la mujer de los embarazos no deseados, y se ignora el papel que tiene el corresponsable del embarazo en los cuidados anticonceptivos, y el rol del Estado en la educación sexual y la promoción de la salud sexual.

Aunque la repetición de ILE's puede deberse a múltiples factores, tanto económicos, temporales, sentimentales y contextuales; el personal de salud considera que estos casos se dan por mero desinterés personal, los cuales se pudieron prevenir si la política pública se hubiera formulado correctamente. Lionel, profesional de salud (37 años, padre soltero, católico) argumentó que el error fue no delimitar un número máximo de interrupciones, lo cual abrió la posibilidad de que algunas mujeres tomaran a la ILE como un método anticonceptivo más y no generen conciencia personal:

> "También me asombra mucho las pacientes que ya llevan más de 5 embarazos, hoy tuvimos una que era su sexto embarazo, hay unas que ya llevan más de tres, cuatro ILE's. Este programa es muy bueno, es muy bueno, es de los mejores programas que hay porque hemos evitado muchas muertes de mujeres, el problema es que no lo pensaron bien, no lo desarrollaron como debe de ser. El problema de este programa es que no tiene un límite de abortos, entonces hay muchas mujeres que lo toman como un método de planificación, cuando solamente es una opción cuando ya no se desea el producto, pero no es un método de planificación, hay muchas mujeres que lo toman como tal. Yo creo, yo pienso que aquí debería de haber un tope, una o máximos dos interrupciones, así las mujeres lo pensarían más en hacer este tipo de cosas, porque al final ellas son las que se están haciendo daño, se están descamando el endometrio, puede producir cáncer cérvico uterino, algún otro tipo de alteraciones. […] Ese es el problema, estuvo diseñado para algo bueno, pero no tuvieron una mentalidad a futuro, ver cuántos métodos se pueden realizar las pacientes, yo sí le veo un problema a esto, las pacientes no usan método, no se llevan método y esto lo están usando." (Lionel, Personal de Salud)

Los profesionales de la salud no contemplan posibles fallas en los anticonceptivos, las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción por parte del Estado o un repentino cambio de planes en las relaciones de pareja o vidas de las usuarias, se señala directamente el no uso de métodos anticonceptivos y se les estigmatiza por ello, e incluso lo plantean como un error en la ley. Expresan líneas discursivas donde caracterizan a las usuarias "repetidoras" como mujeres desinteresadas en su salud reproductiva, que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas, que tienen un estilo de vida más relacionado con el libertinaje y que suelen tener menos niveles educativos y por ello no crean conciencia sobre los cuidados hacia su cuerpo. Resalta como recuperan ciertos perfiles de mujeres para ejemplificar sus puntos de vista, en específico, Madison hizo referencia a las mujeres que trabajan en el centro histórico de la Ciudad de México:

> "Aquí tenemos la indicación de que, si una paciente llega 100 veces, las 100 veces la tenemos que atender, si te das cuenta a veces les vale, lo notas cuando están allá afuera, cómo están platicando, están riéndose, se están pasando sus números telefónicos, entonces tú dices "van a llevar acabo una situación un poco delicada, las ves y no parece así", pero nosotros no podemos decir nada, así son las pacientes y así las tenemos que atender. […] Platican de sus borracheras, de sus adicciones, que en sus trabajos se meten unos con otros,

así como en las escuelas donde no tienen novio fijo, si no se meten con un amiguito y con el otro. Sí nos han comentado, por ejemplo, todas esas trabajadoras, no generalizó porque pudiera ser que alguna se salve, pero en este tipo de trabajos del centro, que son vendedoras, tanto como las ambulantes como las que están en locales, son bastantes chavas jóvenes que se dedican a atender a los que van a comprar. Entonces están en el almacén, entre ellos se meten unos con otros, allí pasa y luego vienen aquí a la interrupción. No son de las que mantienen una pareja estable, ellas ya no siguieron estudiando, nada más se dedican a su trabajo, pero yo creo que una forma de desahogarse o sacar lo que tienen es teniendo relaciones con el de a lado, aunque saben que no les espera nada." (Madison, Personal de Salud)

En el discurso oficial de los entrevistados/as se muestran respetuosos de la interrupción del embarazo, pero se desvanece el reconocimiento del derecho cuando las mujeres no siguen las indicaciones en materia anticonceptiva o no se acoplan a los patrones de una vida sexual "responsable". Un aspecto que influye en la falta de conciencia de las usuarias, según algunos profesionales de la salud, es el bajo grado de estudios. Afirman que una licenciatura o posgrado generan nuevas metas en los proyectos de vida, en las cuales se deja a un lado o se pospone a la maternidad porque los intereses son otros. Se cree que la mayoría de las usuarias de ILE tiene estudios hasta la primaria, secundaria o preparatoria, las cuales ya son madres y no son capaces de tener proyectos a largo plazo. En cambio, una mujer con posgrado puede "equivocarse" y luego asistir al servicio de ILE, pero no lo repetirá porque genera cierto nivel de conciencia personal. Al respecto, Lionel (37 años, con estudios de especialidad y diplomados, soltero, padre de una niña de 8 años) plasma esta idea de la siguiente manera:

"Yo creo que aquí influye mucho, yo he visto, el nivel académico. Creo que sí influye mucho el nivel académico, todos tenemos derecho a equivocarnos, todos, a lo mejor una vez, pero ya más veces es una inconsciencia. En el expediente clínico siempre viene el nivel académico (comienza a ver los expedientes clínicos que se encuentran en su escritorio), "preparatoria, secundaria, secundaria, primaria, preparatoria, preparatoria y así nos podemos pasar consecutivamente", si te das cuenta la mayoría de las pacientes tiene un nivel de educación básica, máximo primaria o secundaria, exagerándole es preparatoria, entonces si nos vamos a eso, yo creo que las personas más preparadas tienen como que un poquito más de conciencia, se tiene que englobar muchas cosas. Por ejemplo, entre más preparada estés más límites quieres alcanzar, tienes más objetivos… a qué me refiero con esto, por ejemplo, tú estás haciendo tu maestría, al rato tu objetivo no va a ser una maestría si no va a ser un doctorado, tú ahorita no piensas en una familia, ahorita no piensas en un hijo, tú visualización ahorita es estudiar, en ese nivel académico no tienen esos objetivos que tú tienes, sus objetivos son diferentes, ajá, la mayoría de ellos ya tienen 3 o 4 hijos, entonces sus objetivos cuáles son, pues llenarse hijos, porque no tienen un nivel educativo en el cual, cómo decírtelo… un nivel en el que les permita ver más allá de lo que pueden hacer, lamentablemente es así, ya te enseñé los expedientes y son primaria, secundaria, preparatoria, entonces sí influye mucho el nivel académico." (Lionel, Personal de Salud)

Lionel, al igual que otros profesionales de la salud, utilizaron la posición de la investigadora que los estaba entrevistando para generar una comparación y ejemplificar el cómo influyen los niveles de estudios en las acciones de cada persona. Sin embargo, sus discursos eran clasistas al considerar que las usuarias con menores estudios tienen una menor capacidad para decidir y planificar su propia vida, no contemplan otros factores sociales que incide en las decisiones de las mujeres. Desde su percepción, las mujeres con mayores estudios y mejores situaciones económicas no abortarían.

5.4.2 Ejes discursivos de las usuarias sobre las repetidoras de ILE's

Las autoras Ana Amuchástegui y Edith Flores en su investigación realizada entre 2008 y 2009, identificaron que algunas usuarias interpretaban a la ILE como "una tolerancia excesiva del Estado si las mujeres la usaban repetidamente: un sujeto irresponsable emerge de esta interpretación". (2013, p. 5) Esto porque en México se ha impulsado una política en salubridad que exige sujetos racionales y responsables en su cuidado, se exige una responsabilidad anticonceptiva a las mujeres, sin tomar en consideración posibles fallas en los métodos, falta de acceso a servicios de salud o dinámicas en pareja que limitan el uso de métodos anticonceptivos. Amuchástegui y Flores (2013) dan cuenta del éxito de la figura discursiva de "responsabilidad" difundida desde la década de los noventas con las campañas de planificación familiar, las cuales colocan a los embarazos no deseados como "un fracaso" en la vida reproductiva de las mujeres. En esos años, cuando recién se había legalizado la ILE en la Ciudad de México, la solicitud repetida de interrupciones de embarazo se veía como un posible escenario que sería una decepción porque "abortar no es un juego" y no debía adoptarse como un método anticonceptivo más. Después de 14 años de su legalización, no se habla de un escenario posible, sino de un hecho que sucede y debería ser controlado a través de cuotas monetarias.

Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas se posicionó a favor de la interrupción del embarazo, sin importar los motivos, también cambian de opinión cuando se les interroga sobre mujeres que han solicitado el servicio de la ILE por dos, tres, cuatro o más veces. Al igual que los profesionales de la salud, la percepción de derecho universal e irrestricto se desvanece y expresan un discurso desaprobatorio por la falta de cuidados anticonceptivos. Cuando se solicita por más de una vez el servicio de ILE se piensa que lo están utilizando como un método anticonceptivo, que la interrupción del embarazo es proceso muy fácil para ellas o que no crean conciencia sobre los cuidados

anticonceptivos. Sus discursos entran en una paradoja porque categorizan a la ILE como un error y resaltan la existencia de métodos anticonceptivos, aunque ellas también lo practicaron y tampoco usaron algún anticonceptivo. Al respecto, Margot (18 años, preparatoria terminada, empleada) nos contó:

> "Yo opino que no es justo, no se me hace justo porque ya se les hace como gracia o no sé. Para mí no es aprobatorio. Porque si ya lo vivieron una vez ¿por qué vivirlo dos veces?, sabiendo que es un error. Sabiendo que su cuerpo quedará peor. Y porque ya existen muchos métodos anticonceptivos, se inventaron los implantes y DIU´s." (Margot, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Desde la experiencia de Margot, es un error practicar más de una vez la ILE; aunque en otros momentos de la entrevista se había posicionado a favor de la práctica del aborto, respecto a los casos de mujeres repetidoras toma una posición negativa y condena que no adopten un método anticonceptivo. En ese mismo tenor, algunas usuarias enfatizan que la ILE no debe tomarse como un método anticonceptivo, este servicio solo es una oportunidad para casos excepcionales. El testimonio de Minerva (21 años, con licenciatura, dedicada exclusivamente a tareas domésticas) recupera de manera muy puntual este encuadre:

> "Siento que eso ya está mal (solicitar por más de una ocasión el servicio de ILE), nos lo comentaron, eso no es un método anticonceptivo, esto es para emergencias o para estas situaciones como a la que a mí me pasó, que se me rompió (condón). Estoy consiente de que hay muchas personas, muchas niñas que lo toman a la ligera y deciden no protegerse, aparte está mal porque podrían contraer alguna infección porque no saben con qué tipo de personas se están metiendo. Les están haciendo mucho daño a su cuerpo, podrían tener un registro, se supone que tienen un registro cuando vas, pero deberían tener un control, no permitir tantas veces por tu salud, y para que la gente aprenda a cuidarse, que sepan y estén conscientes que eso no es un método anticonceptivo y que te daña muchísimo, solamente para los casos que realmente se necesita, como si te falló tu método, violación o algo que te haya pasado, pero no que lo tomes a la ligera, que digas, "ay, pues no me cuidó, al fin que voy y aborto." (Minerva, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Algunas usuarias también apoyan la propuesta de aplicar una cuota monetaria, con el fin de que las mujeres sean "más consientes" de su salud reproductiva. Desde este ángulo, se contempla a las mujeres como personas que no entienden las contras de una interrupción de embarazo, por lo tanto, deben ser educadas de alguna manera. Esos casos no son "descuidos", son irresponsabilidad reproductiva.

5.4.3 La excepción

Escasas usuarias se mantienen respetuosas de quienes han solicitado la ILE por más de una ocasión, se caracterizan por identificarse como seguidoras del movimiento feminista. Desde su visión, no podrían opinar acerca de estos casos porque cada mujer tiene un contexto distinto y sus embarazos se dieron de diversas formas, no obstante, consideran que el cuerpo de la mujer sí puede verse dañado. No entran a una categorización entre "bueno" y "malo", solamente resaltan lo fuerte que es el proceso de interrupción del embarazo y las repercusiones que puede tener en el cuerpo o salud de la usuaria. Para ejemplificar esta postura retomamos los testimonios de Alondra y Casandra:

> "Es lo mismo, no puedo juzgar (a las mujeres que solicitan por más de una ocasión la ILE). No juzgo, pero puedo dar mi opinión. Puede ser por un descuido, puede ser porque tu pareja es de esas personas que dicen "los que Dios te traiga" y tú vayas a la clínica a escondidas, puede ser una trabajadora de la vida galante, pueden ser ocasiones donde se te rompe el condón, siento que puede haber muchas situaciones. Sí es peligroso, no tanto porque vayas, es tu cuerpo y tú decides, pero también hay un daño físico por el medicamento, es un daño que le haces a tu cuerpo. No estoy en contra de que vayan tantas veces, pero sí lo veo mal para ellas físicamente." (Alondra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

> "Justo de eso platicaba con mi mamá, ella me dijo "una vez pues bueno, pero ¿dos veces?", yo le dije a mi mamá uno de los argumentos más sólidos que he dicho en mi vida "no porque sea la segunda vez ya es un bebé, o sea no es que en la primera vez sea un feto y la segunda vez un bebé". Mucha gente dice "está bien una vez, pero ya dos veces ni que fuera método anticonceptivo", para mí ese no es un argumento válido. […] Es deber del Estado proteger la salud de las personas. El aborto debe ser libre porque las mujeres deben decidir si quieren o no tener hijos; debe ser seguro porque debe de darse en las condiciones óptimas para la salud de las mujeres; y debe de ser gratuito, no se le debe de condicionar a una mujer su decisión. Yo creo que está bien que no se cobre, no creo que se tenga que dar una cuota simbólica por ser la segunda o tercera vez. Son muchos los contextos en los que una mujer se puede embarazar, muchas veces es porque sus maridos no dejan que tomen métodos anticonceptivos… no quiero poner ejemplo, porque cada mujer es un ejemplo. Yo no estoy de acuerdo con eso, yo creo que el Estado debe asegurar la seguridad y la salud de todas y todos, eso implica el proveer de los medios necesarios para que las mujeres no mueran en el intento de abortar, así sean 10 veces." (Casandra, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III México España)

Ambas entrevistadas enlistan distintos escenarios de cómo una mujer puede quedar embarazada, para señalar que no pueden categorizarlas en términos positivos o negativos porque desconocen su contexto particular. Mantienen una postura donde el acceso a la ILE es válido en todo momento, solamente importa que la persona gestante así lo desee.

Estos testimonios reconocen a la ILE como un derecho universal, donde el único requisito para ejercerlo es ser persona con capacidad de gestar.

Consideraciones finales

La investigación se centró en el análisis de prácticas y significados en la implementación de la política pública Interrupción Legal del Embarazo en los Centros de Salud públicos de la Ciudad de México. No se buscó evaluar al servicio en términos de diseño o impactos, más bien se enfatizó en cómo es vivido. El análisis se enfocó en los discursos, reconocimientos y resistencias respecto a los derechos reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Asimismo, se prestó atención a encuadres interpretativos en relación con la maternidad, sexualidad, autonomía reproductiva y aborto, con el fin de identificar cómo determinados imaginarios sociales moldean y condicionan las experiencias de ILE. Se optó por una propuesta teórica constructivista con perspectiva de género para identificar barreras o avances institucionales y sociales en el derecho a decidir, y al mismo tiempo, evidenciar las figuras narrativas actuales respecto a la ILE.

El análisis de implementación de políticas públicas desde los marcos interpretativos de los sujetos participantes posibilitó una investigación que no se limitó en categorizaciones como “bueno” o “malo”, “eficiente” o “nada eficiente”, más bien se registraron factores personales y sociales emergentes en la implementación que alteran las intenciones iniciales de la política pública. A partir de la voz de los participantes se estudiaron los significados en las experiencias de aborto, además de identificar las narrativas y prácticas que promueven o limitan la decisión de interrumpir un embarazo de manera voluntaria. Tanto usuarias como profesionales de la salud traían consigo valores y actitudes que desvanecían la neutralidad esperada en los servicios públicos de ILE.

Los objetivos de investigación se cumplieron a partir 40 entrevistas semiestructuradas y 41 observaciones no participantes en las clínicas de ILE. Se recolectaron relatos de vidas, experiencias, percepciones y subjetividades de las mujeres y personal sanitario en relación a la política pública, a 14 años de su legislación. Los resultados dan cuenta de distintos obstáculos institucionales y sociales que retrasan el acceso a la ILE dentro de las primeras 12 semanas de gestación e inciden en las vivencias de interrupción de embarazo. No obstante, el estudio también recupera evidencia de los avances, desde las movilizaciones de la Marea Verde y el movimiento feminista, en la

construcción social y subjetiva de la autonomía reproductiva, maternidad, sexualidad e interrupción del embarazo voluntaria.

Los hallazgos permiten generar una serie de recomendaciones para la mejora de la implementación de los servicios de ILE, además de que resaltan la importancia de una vigilancia permanente a las políticas públicas. La apertura de las instituciones de salud para la realización de este tipo de estudios son una oportunidad para generar sinergia entre la academia en ciencias sociales y los centros de salud, e impulsar cambios desde una perspectiva de derechos humanos y género. Por otro lado, la investigación se suma a los estudios que analizan y visibilizan los avances en el reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos, en específico, como persona con la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y proyecto de vida. No obstante, es preciso resaltar que los derechos ganados no son irreversibles; se deben cuidar, defender y difundir en la Ciudad de México y en todo el país. Resulta indispensable el trabajo de las organizaciones civiles e instituciones gubernamentales en contra de los prejuicios, estigmas y desinformación que condenan y criminalizan a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

Obstáculos institucionales pendientes

Los estudios en implementación de políticas públicas remarcan, constantemente, que la legalización es el primer paso, pero la política pública puede alejarse de sus objetivos en el proceso de implementación. Es bien sabido que la implementación perfecta no existe y la legislación puede cambiar de acuerdo con el contexto histórico, por ello resulta relevante mantener un monitoreo de las políticas públicas, a pesar de que su legislación lleve más de una década. Los cambios pueden generarse a nivel nacional o local, los retrocesos o avances no están asegurados, los estigmas y prejuicios sociales que parecían ser superados pueden permear nuevamente a través de liderazgos políticos conservadores. La reciente revocación de la histórica sentencia Roe vs. Wade en EE. UU. es un desafortunado ejemplo de que la lucha por el derecho a decidir no termina en la legislación, los derechos ganados deben ser vigilados y protegidos para evitar violaciones, restricciones o retrocesos.

El pasado 24 de junio, la Corte Suprema estadounidense eliminó el derecho al aborto en las primeras doce semanas de gestación a nivel nacional promulgado en 1973, y determinó que la facultad de regular el aborto es responsabilidad de los gobiernos estatales. El retroceso fue calificado como un “error”, “cruel”, “extremo”, pues limitó las

libertades reproductivas de las mujeres estadounidenses, y se vuelve a una época donde se perdía la vida o se sufría de violaciones y extorsiones como resultado de abortos clandestinos ilegales. La supresión del derecho al aborto en una potencia como EE. UU. supone un cambio controversial que puede afectar al resto del continente, y al mismo tiempo, representa una derrota para el movimiento feminista y un refuerzo en los discursos de los grupos antiderechos.

Este retroceso aviva el activismo por los derechos reproductivos e invita a monitorear y proteger los avances de la Marea Verde. Demuestra que el reconocimiento al derecho a decidir no es permanente y reafirma la importancia de vigilar servicios como la ILE y los factores secundarios que intervienen en su ejecución. De ahí la relevancia de visibilizar y atender los obstáculos estructurales, instrumentales e ideológicos que entorpecen el acceso al servicio de ILE y limitan la libertad y autonomía de las usuarias. Dentro de los obstáculos identificados resalta la falta de actualización de datos en las páginas oficiales de ILE, el limitado acceso al servicio y el hostigamiento de los grupos ProVida a las afueras de las clínicas públicas. Los tres puntos son de gran relevancia para asegurar justicia y equidad social en los servicios públicos de ILE.

Al interrogar sobre fuentes de información acerca de la ILE, las entrevistadas coincidieron que la internet les acortó tiempos y recursos, la búsqueda en Google era sencilla y podían conocer requisitos, direcciones, teléfonos. Sin embargo, algunas encontraron información desactualizada, y consecuentemente, asistieron a clínicas que se mantenían cerradas por COVID-19, les fue imposible contactar al servicio de ILE vía telefónica o les negaron el acceso por no cumplir con requisitos que no estaban marcados en la web. Estas demoras en el acceso representaron estrés, preocupación y una pérdida de tiempo dentro de un proceso que es primordial realizar lo más pronto posible (al menos dentro de las primeras 12.6 semanas de gestación).

Otro aspecto que complica el acceso a los servicios de ILE es el reducido número de usuarias admitidas por día. Solamente las personas que llegan a la clínica entre las cuatro o cinco de la mañana podían sentirse seguras de obtener una ficha, el resto se formaba con el riesgo de no alcanzar un lugar. No importaba si era su segundo o tercer día haciendo fila, la respuesta por parte del personal de salud era cortante y tajante: “Ya no hay lugares, sería hasta el día de mañana”. Solamente se daba prioridad y facilidades para la atención en el día a las mujeres que provenían de un estado diferente a la Ciudad de México o el Estado de México (por cuestiones de accesibilidad geográfica), el resto debía regresar

otro día, buscar alternativas y recursos extras para intentar, una vez más, ejercer su derecho dentro de las semanas de gestación permitidas por la ley.

La baja en la oferta del servicio, relacionada con la pandemia por coronavirus, complicó la asistencia para la mayoría de las usuarias, y por ende, limitó el ejercicio del derecho. Las interesadas en el servicio se veían orilladas a gestionar vías de transportación por la madrugada, solicitar más permisos laborales o prevenir su remplazo en labores de cuidados en el hogar, además de acoplar sus horarios con otra persona que fungiera como su acompañante. El limitado cupo en las clínicas de ILE tiene implicaciones que van más allá de despertar temprano, en cambio, muestra que la "gratuidad" y legalidad no asegura la equidad y justicia social en un país tan desigual como México, donde solamente 11 estados de 31 permiten la interrupción del embarazo por libre decisión de la mujer.

El acceder a información verídica y gestionar la asistencia desde la madrugada resultaba más factible para personas con mayores recursos económicos y culturales, poco importaba si vivían en las periferias de la Ciudad de México o en el Estado de México porque tenían la capacidad de costear transporte privado. De igual forma, poco influía si no conseguían respuesta vía telefónica porque tenían mayores conocimientos y capacidades para consultar fuentes externas antes de asistir a una clínica, o tenían la oportunidad de asistir directamente a las clínicas a verificar la información. En cambio, las usuarias con menores recursos y con contextos personales más restrictivos sufrían en mayor grado las posibles consecuencias de estos obstáculos. Debían esperar una semana más para regresar en su día de descanso laboral; se veían en la necesidad de solicitar un préstamo monetario para cubrir su transportación; o compartían su decisión, aunque no lo desearan, con el fin de conseguir una persona que cubriera sus actividades cotidianas.

Aunque se reconoce que la crisis sanitaria por COVID-19 (iniciada en el 2020) alteró los servicios de salud y las dinámicas sociales de todo el mundo, se agravaron los problemas existentes en materia de salubridad y miles de mujeres dejaron de asistir a los servicios públicos por miedo al contagio; no deja de ser grave, inseguro y perjudicial los descuidos en la implementación del servicio de ILE. El aborto es una práctica sensible que no puede aplazarse sin contraer graves consecuencias en las vidas de las mujeres, organizaciones internacionales como IPAS insistieron en la prioridad que se le debía brindar a los servicios de aborto seguro: "Es fundamental que el sistema de salud identifique explícitamente al aborto como parte de los servicios esenciales de la atención médica a las mujeres, considerando que: Es sensible al tiempo debido a los límites gestacionales, por lo que se debe prestar con prioridad." (IPAS, 2020)

El derecho a la información verídica y actualizada es el primer eslabón para que la ciudadanía pueda tomar decisiones informadas y autónomas. En especial, en un tema tan controversial y polémico como los servicios de aborto, el Estado debe asegurar el acceso a la información para evitar posibles violaciones a la autonomía y libertad de la persona gestante. El acceso depende del cumplimiento de ciertos requisitos, sin embargo, el acceso a la ILE se percibe y experimenta como un proceso complejo y estresante, el tiempo es sustancial y ser rechazadas en ese día implica un conjunto de gestiones que se dificultan según los recursos económicos de cada mujer. La difusión de información y la ampliación del servicio es clave para asegurar equidad y justicia social.

Otro obstáculo que también perjudicaba el acceso al derecho a decidir sobre el propio cuerpo es el acoso de los grupos anti-derechos a las afueras de las clínicas. Aunque la legislación se dio hace 14 años en la Ciudad de México, estos grupos conservadores se mantienen activos y no descansan ni en crisis sanitarias. En la investigación, al igual que en el estudio de Yuridia Ávila publicado en el diario estadounidense *Los Angeles Times* en el 2021, resaltan los engaños, desinformación y acoso de los integrantes del Centro de Ayuda para la Mujer Latinoamericana (CAM) en las clínicas de ILE. Estas personas se describen como “asesores” de los procedimientos de interrupción de embarazo. Se apropian del nombre “Interrupción Legal del Embarazo” para aparentar ser parte del personal sanitario, crear una imagen confiable y así adquieren información personal y confidencial de las usuarias.

El acoso de los integrantes de CAM no es nuevo, ni reciente, estas personas se han colocado a las afueras de las clínicas desde que inició la implementación de la política pública. Sin embargo, han modificado y evolucionado sus estrategias de hostigamiento, el personal de salud con más años en el servicio coincidió al narrar como estas personas en sus inicios realizaban actos con tonos más religiosos y ofensivos, mientras que ahora solamente se dirigen a las usuarias con una falsa imagen de “asesoramiento” y con el ofrecimiento de un ultrasonido gratuito, pero en sus instalaciones móviles propagan discursos que generan miedos, incertidumbres e inseguridades acerca de los servicios de ILE. Sus dinámicas no son neutrales y afectan tanto a usuarias, como a los servicios de salud públicos: se apropian de la imagen institucional de la ILE, roban datos confidenciales de las usuarias a través de engaños, propagan una imagen desfavorable de los servicios de ILE y del personal médico que allí labora, y violentan la intimidad, autonomía y privacidad de las usuarias.

Solamente las mujeres con mayor información acerca de estos grupos los ignoran y evitan sus engaños y hostigamiento. Por el contrario, una gran parte de las usuarias acceden a escucharlos y son víctimas de su acoso, les hacen creer que son una fuente de información confiable, no obstante, se expresan de los procesos de interrupción del embarazo como algo riesgoso, peligroso y doloroso. Aprovechan el ultrasonido para comenzar a hablar de "bebés" e intentar que las usuarias se retracten o duden de su decisión. Las entrevistadas coincidieron al señalar que en repetidas ocasiones utilizaban expresiones como "bebé, quédate quieto", "es un bebé, por algo vino a este mundo", "es algo súper bonito que estés concibiendo una vida dentro de ti". Asimismo, a diferencia de las clínicas públicas que no proporcionan folletos informativos respecto a la ILE, los integrantes de la CAM reparten trípticos que contienen estigmas y mitos acerca del aborto, en especial, resaltan el "síndrome post-aborto". El contenido de sus folletos llega a todas las usuarias y pueden ser un detonante de malestares en algunas mujeres.

Historias como la Cristel u Olimpia revelan que las consecuencias de las acciones de la CAM impactan en las vivencias de ILE y también en los proyectos de vida de las usuarias. Aunque algunos profesionales de la salud argumentan que a ninguna usuaria se le obliga a entrar a las instalaciones móviles de estos grupos anti-derechos, es preciso recalcar que la decisión de aceptar la denominada "asesoría" se da a través de engaños y mentiras. Por lo tanto, de manera intencionada violentan la privacidad de las usuarias y su derecho a la salud, representan un impedimento para que las mujeres accedan a los servicios de ILE de manera oportuna y en algunos casos logran la continuación de embarazos no deseados.

Los testimonios recolectados demandan, una vez más, la urgente necesidad de que las autoridades sanitarias y legislativas de la Ciudad de México actúen a favor de la autonomía reproductiva de las mujeres. La legalización debe ir acompañada de acciones administrativas y reformas secundarias que aseguren el acceso al derecho a decidir en un contexto de total respeto y libertad. Es preciso estudiar y replicar legislaciones como la española, la francesa y otras, donde se sancionan actos molestos y ofensivos hacia las personas interesadas en los servicios de ILE. La falta de atención a estas dinámicas conservadoras pone en riesgo el derecho ganado, perjudica la implementación de la política pública y vician las vivencias de las mujeres en su proceso de ILE.

Resistencias sociales al derecho a decidir

En el estudio se prestó interés a los significados sociales respecto al aborto, estos evolucionan y se construyen según los intereses, conocimiento, valores y creencias de cada persona, además de que se ven influenciados por el contexto histórico y social. A partir del análisis de marcos representativos acerca del derecho a decidir se logró comprender cómo se reconocía y vivía la implementación del servicio de ILE, e identificar los imaginarios sociales que facilitan la comprensión de las prácticas dentro del proceso.

Dentro del análisis resaltaron marcos interpretativos con tónicas permisivas y conservadoras, productos de vacíos del Estado en contra de la estigmatización social hacia el aborto. Algunas usuarias y también una parte del personal de salud describían a la ILE como una manera en la que se salva a infantes en situaciones de calle o se evita que algunas mujeres conciban hijos(as) sin estar preparadas para ser madres. Los participantes que coincidieron en este marco prefieren que "algunas mujeres" (las malas madres) elijan acudir a los servicios de ILE, a que continúen con su embarazo; solo algunas mujeres tienen la capacidad de criar, educar y procurar el bienestar de un infante.

Asimismo, se identificaron imaginarios donde la práctica de ILE debería ser una oportunidad única en las vidas de las mujeres, tanto usuarias como personal sanitario consideraban permisible que se solicitará la ILE sin importar las razones, pero esto no debía repetirse más de una vez. La mayoría de los participantes categorizaron como "irresponsables" a las mujeres que interrumpían un embarazo por una segunda, tercera, cuarta o quinta vez, porque no generaban conciencia sobre los cuidados en la salud reproductiva, en cambio, tomaban a la ILE como un anticonceptivo más. Aunque en el discurso oficial se le reconoce a la mujer su derecho a decidir sobre su propio cuerpo, desde la perspectiva de estos profesionales y usuarias, cuando la práctica de ILE es repetitiva la percepción de derechos se desvanece y se le empieza a categorizar como una mujer "libertina" en su vida sexual.

En los servicios de ILE se mantiene una amplia difusión de la "paciente responsable", identificada por Elyse Ona Singer en el 2019, la cual tiene el derecho de interrumpir su embarazo, pero debe adoptar de manera inmediata un método anticonceptivo para no regresar con otro embarazo no deseado. Se le demanda a la mujer responsabilizarse de los cuidados anticonceptivos y se ignora el papel que tiene el hombre en las relaciones sexuales, por lo tanto, se le regaña y señaliza porque si ella quisiera puede evitar la

solicitud repetida de ILE's. En la implementación del servicio hay un silencio acerca del rol del hombre y las alternativas anticonceptivas para ellos. Aunque el personal de salud tiene contacto con algunas parejas de las usuarias, a estas no se les presiona para que se responsabilicen de su salud reproductiva.

Los profesionales de salud suelen resaltar aspectos como "gratuidad" y hablan poco sobre posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos disponibles en la clínica, la intención es que todas o al menos la mayoría de las usuarias acepten un implante subdérmico o DIU Mirena tras su servicio de ILE. Si las mujeres se niegan a iniciar con un método anticonceptivos se desembocan expresiones de inconformidad y regaños. Es tan alta la presión que se podría interrogar qué tan legítimo es el consentimiento de las personas que aceptan alguno de los anticonceptivos, puesto que la decisión se puede dar para evitar regaños o señalamientos, más no desde un marco donde las usuarias se asumen como un ser con autonomía reproductiva, capaz de elegir el método anticonceptivo que mejor se acople a su estilo de vida.

La percepción de la ILE como una oportunidad única es tan alta que la mayoría de profesionales de la salud y usuarias creen viable la aplicación de una cuota monetaria para las mujeres que acuden en más de una ocasión al servicio. Coinciden al señalar que de esta manera se puede generar interés o conciencia respecto a los cuidados anticonceptivos, a las mujeres ya no se les haría "fácil" asistir a la ILE si el servicio tuviera un costo, y más bien se responsabilizarían de su salud reproductiva. Lo ideal para estos entrevistados/as es que exista un límite de ILE's, que el servicio se diera como una opción que se puede aprovechar una vez en la vida y no se tome como un "juego".

Estas figuras discursivas poco reconocen a la mujer o persona gestante como un sujeto de derechos capaz de decidir lo mejor para sí misma, en cambio, se intenta justificar la práctica del aborto. No se percibe a la interrupción del embarazo como una práctica ordinaria en la vida reproductiva de las usuarias, sino como un hecho insólito que representa un fracaso en la vida. Si bien en los discursos oficiales se argumenta que la mujer es la única que puede decidir sobre su cuerpo, en las narraciones de la mayoría de las personas participantes se identifican resistencias al reconocimiento pleno del derecho a decidir, y desde su visión este solo sería justificable cuando la mujer es incapaz de asumir las tareas de maternidad o solo por una única vez.

Investigadoras como Millar (2017) han documentado que el seguir enmarcando al aborto como algo "vergonzoso" o "insólito", solamente funciona para privilegiar al feto y se ignoran las vivencias y subjetividades de la persona embarazada. Estos marcos

interpretativos conservadores no aportan en la lucha para eliminar la estigmatización hacia el aborto, y más bien se da pie a violaciones a los derechos reproductivos y sexuales de las usuarias porque se cree que la ILE es un error y sufrir dolores u ofensas es parte de la experiencia que enseña. Para algunas entrevistadas el sentir dolor era indispensable porque de esa manera aprenderían la "lección"; ante la pregunta "¿Tomaste esas pastillas para el dolor?", la respuesta era "No, la verdad es que yo pensé "este dolor te va a recordar que no lo vuelvas a hacer, ahora por güey te aguantas."

Aunque la legislación se dio hace 14 años, hay un largo camino para transformar las narrativas respecto a la interrupción del embarazo, pareciera difícil que con solo capacitaciones y pláticas a los servidores de salud se logre una disminución de estigmas y prejuicios. Resulta importante incorporar desde las facultades de medicina y administración pública la perspectiva de género y derechos humanos, con el fin de asegurar la implementación de políticas públicas integrales e interseccionales, que se acoplen y respeten marcos, protocolos y lineamientos nacionales e internacionales en materia de salud reproductiva. El Estado debe hacer frente a las consecuencias de los vacíos que deja en educación sexual y servicios anticonceptivos, señalar y tratar a las usuarias como "irresponsables" es una salida fácil, neoliberal, capitalista y machista.

Cada usuaria tiene un contexto económico, cultural y familiar diferente, y cada decisión se ve envuelta de múltiples factores, pero la mayoría del personal sanitario opta por generar categorizaciones generales, donde se cree que las mujeres repiten la ILE porque llevan una sexualidad libertina, tienen bajos niveles de estudio o por mero desinterés en su sexualidad. Sus discursos reflejaban ciertas expectativas sociales hacia la sexualidad y reproducción de las mujeres, y en ocasiones mostraban actitudes condenatorias hacia las usuarias por no cumplir con sus roles de género pre-establecidos. Esta cuestión ya ha sido señalada en otros estudios, donde también reflejan como "las mujeres han sido culpadas de su fecundidad, de los embarazos no deseados, bien por no haber evitado el riesgo utilizando métodos anticonceptivos modernos o bien por el fallo de éstos. Incluso las mujeres han sido calificadas de descuidadas, incumplidas o ignorantes por "mal uso" del método o por no acudir a revisión médica." (Erviti et al., 2007, p. 381)

Avances en los derechos reproductivos y la Marea Verde

A diferencia de estudios realizados por Ana Amuchástegui y Edith Flores (2013); Martha Lamas (2014); Laura Villa, Ma. Elena Collado y Laura Andrade (2017); Daniel Hernández y Rocío Estrada (2018); Elyse Ona Singer (2019); donde la apropiación de la ILE como un derecho reproductivo era escaso, en esta investigación se registró un mayor número de entrevistadas (cerca del 40%) que se refirieron al servicio de ILE en términos de derechos humanos. Se registró una recuperación de consignas feministas que platean a la maternidad como una elección y no como el destino de las mujeres, se señalaron a sí mismas como las únicas personas que podían decidir sobre su cuerpo y sobre su propia vida. Igualmente, un grupo de participantes se mostró respetuoso/a de las decisiones ajenas, coincidían al señalar que solamente la mujer embarazada conoce sus circunstancias y sería erróneo estigmatizar sin conocer el contexto personal.

Aunque los resultados de la investigación son de corte cualitativo y no son de carácter representativo en términos estadísticos, los datos nos muestran una tendencia de transformación en los márgenes de lo socialmente aceptable, reflejan un avance del feminismo y los estudios de género en la deconstrucción de roles y expectativas respecto a las mujeres y madres. En los testimonios de algunas mujeres se percibe la incorporación de nuevos imaginarios acerca de los derechos reproductivos, los cuales han sido impulsados y difundidos por los medios de comunicación con mayor intensidad en la última década. Los pañuelos verdes se flamean con mayor intensidad en América Latina y el Caribe, cada día son más las mujeres, colectivas, organizaciones e instituciones gubernamentales que se posicionan a favor del derecho a decidir.

Es preciso destacar la legalización del aborto en las primeras 14 semanas de gestación en Argentina en el 2020. En México resalta el fallo del 2021 por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) donde declaró inconstitucional la penalización del aborto, “el máximo órgano de justicia del país manifestó que criminalizar a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo es contrario a los derechos.” (IPAS, 2021) Dicha sentencia marca un antes y un después en las discusiones en materia de aborto en todo el país, aunque no legaliza la interrupción del embarazo por libre decisión de la persona embarazada a nivel nacional, sí protege la integridad, autonomía y libertad de las personas que deciden terminar con su embarazo. Otro avance histórico se dio en Colombia a inicios del 2022, con la despenalización del aborto durante las primeras 24 semanas de gestación por parte de la Corte Constitucional. Aunque el movimiento Causa Justa, integrado por

más de 200 organizaciones y activistas, buscaba eliminar el delito de aborto del Código Penal colombiano, la sentencia que obtuvo marcó una nueva referencia a nivel internacional.

Gobiernos nacionales, locales y Cortes de Justicia, han avanzado en el reconocimiento de autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, en consonancia con estándares internacionales. Asimismo, se ha reconocido en mayor medida los trabajos de colectivas feministas que brindan acompañamientos de aborto desde un marco de respeto y sororidad. En los resultados destaca el reconocimiento al movimiento feminista, y también a las *doulas de aborto* como una alternativa para las mujeres que residen en territorios que siguen criminalizando la interrupción del embarazo o carecen de los recursos para realizar su procedimiento en una clínica. Con el fin de resaltar y concluir esta última reflexión se retoma el caso de Esmeralda, usuaria de 20 años y madre de una niña de tres años y medio, que no concluyó su embarazo en los servicios de ILE porque le fueron solicitados estudios clínicos que no podía costear, y consecuentemente, decidió interrumpir su embarazo con el apoyo y acompañamiento de la colectiva hidalguense Di Ramona:

> "El doctor me dijo que todavía era muy pequeño el embrión y no se veía, que tenía que hacerme una prueba de fracción beta. Tenía que hacerme dos pruebas, primero una y a las 48 horas después la segunda. Me regresó la desesperación, me sentí muy ansiosa y desesperada, yo quería terminar con esa situación lo más rápido posible. [..] La prueba costaba $1600 y me tenía que hacer dos, no lo podía costear. […] Esperé 15 días, el 6 de noviembre compré las pastillas de misoprostol e hice el procedimiento en mi casa. Me acompañó una chica por Facebook, por Messenger me estuvo monitoreando. Se llama Di Ramona la colectiva." (Esmeralda, usuaria del servicio de la ILE en el Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán)

Colectivas como Di Ramona de Hidalgo, Necesito Abortar de Nuevo León, Las Libres de Guanajuato, Fondo María en la Ciudad de México, Morras Help Morras de Aguscalientes, entre muchas otras han impulsado la práctica de aborto seguro en casa, además de vizibilizar y luchar contra los estigmas sociales acerca de este. Desde sus trincheras y con equipos de trabajo reducidos han hecho una diferencia en las entidades que mantienen penalizado y criminalizado la decisión de concluir con un embarazo. Han impulsado diversas estrategias discursivas a través de las redes sociales como Facebook y Twitter, donde se pone enfásis en el complejo proceso de la decisión, el cual implica pasar por momentos de reflexión, angustia o incertidumbre. En conjunto coinciden al señalar que la interrupción del embarazo es una decisión válida, solo basta con que la persona embarazada así lo quiera.

Fuentes de información

Aguilar, L. F. (1993). *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa.

Amuchástegui, A., & Flores, E. (2013). Women's interpretations of the right to legal abortion in Mexico City: Citizenship, experience and clientelism. *Citizenship Studies*, *17*(8), 912–927. https://doi.org/10.1080/13621025.2013.851142

Animal Político. (2019, September 25). *La marea verde gana en Oaxaca: Congreso local aprueba despenalizar el aborto.* https://www.animalpolitico.com/2019/09/congreso-oaxaca-aprueba-despenalizar-aborto/

BBC News Mundo. (2021, September). *Aborto en México: la Suprema Corte despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en un fallo histórico para el país* . https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-58482259

Berger, P. L., & Luckmann, T. (2019). *La construcción social de la realidad.* Amorrortu.

Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina.*

CAM. (n.d.). *Antecedentes*. Retrieved March 15, 2021, from https://camslatinoamerica.com/nosotros.html

Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos.* Universidad Nacional Autónoma de México.

Congreso del Estado de Veracruz. (2021, July 20). *Aprueban diputados reformas al Código Penal en materia de derechos reproductivos.* https://www.legisver.gob.mx/Inicio.php?p=sliderInfoN&i=8502#!

Código Penal Federal, Diario Oficial de la Federación (1931).

Erviti, J. (2005). El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia. In *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México.* CRIM, UNAM.

Erviti, J., Castro, R., & Collado, A. (2004). Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and "spontaneous" abortion. *Qualitative Health Research*, *14*(8), 1058–1076. https://doi.org/10.1177/1049732304267693

Erviti, J., Sosa, I. A., & Castro, R. (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. *Salud Publica de Mexico*, *49*, 161–165. https://www.redalyc.org/pdf/106/10649067.pdf

GIRE. (2008). *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México.*

GIRE. (2009). *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México.*

GIRE, IPAS, & BALANCE. (2022, March 11). *Modificaciones que despenalizan el aborto en Sinaloa violan DDHH; Gobernador está a tiempo de enmendarlas.* https://gire.org.mx/medios/despenalizan-aborto-en-sinaloa/

Gobierno del Estado de Hidalgo. (2021, July). *Decreto Número 728 que reforma los artículos 154, 155, 156 y 158 y deroga el artículo 157 del Código Penal para el Estado de Hidalgo; se reforma la denominación del Capítulo XII del título tercero y los artículos 97, 98, 99 y 100 y adiciona la fracción III bis del apartado A del artículo 3 y el artículo 5 ter la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo. – Periódico Oficial del Estado de Hidalgo*. https://periodico.hidalgo.gob.mx/?p=65523

H. Congreso del Estado de Baja California Sur. (2022). *Boletín No. 230/2022.* https://www.cbcs.gob.mx/index.php/boletines-2022-1/6207-aprueban-armonizacion-que-permite-interrupcion-del-embarazo-en-bcs

Harguindéguy, J. (2013). *Análisis de políticas públicas.*

Hernández, D., & Estrada, R. (2018). Una etnografía del aborto clandestino en contextos de interrupción legal del embarazo. Estudio de caso entre estudiantes de la Ciudad de México. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, *30*, 79–98.

Ipas México. (2020). *Aborto y salud mental*. https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2020-AbortoySaludMental.pdf

Ipas México. (2021a, August 20). *SCJN: Fallo Objeción de Conciencia* . https://ipasmexico.org/2021/09/20/scjn-fallo-objecion-de-conciencia-2/

Ipas México. (2021b, December 1). *Con dos nuevas causales, Colima se convierte en la sexta entidad en despenalizar el aborto - Ipas México*. https://ipasmexico.org/2021/12/01/con-dos-nuevas-causales-colima-se-convierte-en-sexta-entidad-en-despenalizar-el-aborto/

Ipas México. (2022a). *Abortar en condiciones seguras no provoca daños a la salud mental*. https://ipasmexico.org/2022/03/25/abortar-en-condiciones-seguras-no-provoca-danos-a-la-salud-mental/?fbclid=IwAR3LFlZ6aFKDXuoznQ7U3gT0qr2jfb3HJLVPjCpzu-f74BdwcmrZ2rEsWn8

Ipas México. (2022b, May). *Causales legales para el aborto*. https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2022/05/Causales-Legales-para-el-Aborto-Tarjeta_mayo2022.pdf

Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales.* Ediciones Cátedra.
Knoepfel, P., Larrue, C., Knoepfel, P., Varone, F., & Hinojosa, M. (2007). Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. *Ciencia Política*, *3*, 6–29.
Lagarde, M. (2015). *Los cuativerios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*.
Lagarde, M. (2018). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* Siglo XXI.
Lamas, M. (1992). El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto. *Política y Cultura*, *1*, 9–22.
Lamas, M. (2009). La despenalización del aborto en México. *Nueva Sociedad*, *220*, 154–172.
Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública de México*, *56*(1), 56. https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7323
Lamas, M. (2015). *El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos.* UNAM, PUEG.
Lamas, M. (2017). *La interrupción legal del embarazo. El caso de la Ciudad de México*. FCE, UNAM, CIEG.
Legislatura, G. del E. de Q. R. X. (2018). *Codigo Civil de Quintana Roo.* http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C2-XV-20180405-155.pdf
Ley de Salud de la Ciudad de México, (2021).
Lista, C. (2018). Actitudes hacia el aborto: heteronomía vs autonomía morales. In *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto.* (pp. 81–104). Eudeba.
Lombardo, E., & Bustelo, M. (2006). Los "marcos interpretativos" de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política. *Revista Española de Ciencia Política*, *14*, 117–140.
López, S. (2011). ¿Cuáles son los marcos interpretativos de la violencia de género en España? Un análisis constructivista. *Revista Española de Ciencia Política*, *25*, 11–30.
Lowe, P. (2016). *Reproductive Health and Maternal Sacrifice. Women, Choice and Responsibility*. https://doi.org/10.1057/978-1-137-47293-9
Lozano Estivalis, M. (2001). La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de Reproducción. In *Facultat de Ciències de la Comunicació.* http://www.tdx.cesca.es/
Maier, E. (2007). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México. *Frontera Norte*, *20*(40), 7–47.
Márquez, A. (2013). *El aborto en el México del siglo XXI. Acontecimiento y problema público en el Caso Paulina: de víctima a protagonista*. (Institució).
Medina Bravo, P., Figueras Maz, M., & Gómez Puertas, L. (2014). El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, *20*(1), 487–504. https://doi.org/10.5209/rev_esmp.2014.v20.n1.45244
Monsiváis, C. (1991). De cómo un día amaneció Pro-Vida con la novedad de vivir en una sociedad laica. *Debate Feminista*, *3*, 7.
O'Shaughnessy, A. C. (2022). Triumph and concession? The moral and emotional construction of Ireland's campaign for abortion rights. *European Journal of Women's Studies*, *29*(2), 233–249. https://doi.org/10.1177/13505068211040999
OMS. (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción Orientaciones y recomendaciones.* www.who.int/reproductive-health
ONU. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing +5. In *La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA S.pdf
Palomar, C. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, *30*, 12–34. https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2004.30.1046
Provida. (n.d.). *¿Quiénes Somos? | Comité Nacional Provida*. Retrieved March 8, 2021, from https://provida.org.mx/quienes-somos/
Reina, E. (2019). *Oaxaca: México da un gran paso en la despenalización del aborto | Sociedad | EL PAÍS*. https://elpais.com/sociedad/2019/09/25/actualidad/1569446187_137012.html
Romero Guzmán, M. L., Tapia Tovar, E., & Meza Márquez, C. (2020). Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas. *Debate Feminista*, *59*, 143–161. https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2020.59.07
Rostagnol, S. (2012). De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, *12*, 198–223. https://doi.org/10.1590/s1984-64872012000600009
Roth, A.-N. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación.* Aurora.
Ruibal, A. (2021). Poderes Ejecutivos y derecho al aborto bajo gobiernos progresistas en América Latina: Ciudad de México y Brasil. *SAAP*, *15*, 313–334. https://doi.org/10.46468/rsaap.15.2.A3
Secretaría de Salud. (2021). *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. 101.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf

Singer, E. O. (2019). Realizing Abortion Rights at the Margins of Legality in Mexico. *Medical Anthropology*, *38*(2), 167–181. https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1474213

Sosa-Sánchez, I. A. (2013). Aproximaciones Teoricas Sobre El Género, La Reproduccion Y La Sexualidad. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de La Universidad Iberoamericana*, *15*, 182–206.

Tamayo, G. (2001). *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos.* Cantro de la Mujer Periana Flora Tristán.

Tarrés, M. L. (1993). El movimiento de mujeres y el sistema político mexicano: análisis de la lucha por la liberalización del aborto, 1976-1990. *Estudios Sociológicos De El Colegio de México*, *11 (32)*, 365–397. https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/963

Tepichin, A. M. (2009). Autonomía para participar en decisiones: elemento central para el combate a la pobreza con equidad de género. *Estudios Sociológicos*, *27*(79), 111–146.

Tepichin, A. M. (2019). Estudios de género. In *Conceptos clave en los estudios de género. Volumen 2* (p. 377). Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Ulloa, C. (2020). *El acceso al aborto en México.* Universidad Iberoamericana.

Valdés, I. (2022). Ya es ley: acosar a las mujeres que deciden abortar es un delito en España. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2022-04https://elpais.com/sociedad/2022-04-14/ya-es-ley-acosar-a-las-mujeres-que-deciden-abortar-es-un-delito-en-espana.html-14/ya-es-ley-acosar-a-las-mujeres-que-deciden-abortar-es-un-delito-en-espana.html

Villa, L., Elena, C. M., & Andrade, L. (2017). Estigma. *Ipas México*, 20. https://www.fadesaludmental.es/el-estigma/que-es-el-estigma.html

Zerega, G. (2021, June 30). *El Estado mexicano de Hidalgo aprueba la despenalización del aborto | EL PAÍS México.* El País. https://elpais.com/mexico/2021-06-30/el-estado-mexicano-de-hidalgo-despenaliza-el-aborto.html

Anexos

Anexo 1. Total de ILEs por Unidad Médica Oficial e Índice de rezago social por Alcaldía (2007-2020)

Total de ILEs por Unidad Médica Oficial e Índice de rezago social por Alcaldía

Unidad Médica	*No. ILEs 2007 - 2020*	*Alcaldía*	*Índice de rezago social 2015*	*Grado de rezago social 2015*
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	**7,536**	**Xochimilco**	**-1.22**	**Muy bajo**
Centro de Salud Santa Catarina	29,774	Iztapalapa	-1.37	Muy bajo
Hospital Materno Infantil Cuautepec	6,599	Gustavo A. Madero	-1.42	Muy bajo
Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo	10,974	Azcapotzalco	-1.47	Muy bajo
Hospital Materno Infantil Inguarán	16,225	Venustiano Carranza	-1.49	Muy bajo
Centro de Salud T III Beatriz Velasco de Alemán	**71,119**	**Venustiano Carranza**	**-1.49**	**Muy bajo**
Centro de Salud Cuajimalpa	1,330	Cuajimalpa	-1.49	Muy bajo
Centro de Salud México España	**26,859**	**Miguel Hidalgo**	**-1.62**	**Muy bajo**
Total	170,416			

Fuente: Elaboración propia con datos de SSCDMX / Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo; y Coneval, Índice de Rezago Social 2015, Ciudad de México. Datos actualizados hasta el 31 de diciembre del 2020.

Anexo 2. Guía de observación

Identificación de grupos Pro-vida

- Identificar si alrededor de las clínicas hay grupos Pro-vida que aborden a las mujeres: ¿de qué asociación son?, ¿en qué lugar se ubican?, ¿cómo se acercan a las mujeres que acuden al servicio?
- Registrar la información y servicios que ofrecen los grupos Pro-vida
- Registrar una descripción de los recursos visuales como mantas, carteles o trípticos que colocan o reparten estos grupos Pro-vida
- Poner atención en cómo describen o se expresan acerca de la interrupción del embarazo estos grupos conservadores
- Identificar cuántas personas y en qué horarios se encuentran a las afueras de la clínica

Descripción del servicio

- Registrar reacciones y valoraciones de las usuarias respecto a los tiempos del servicio: ¿qué dicen o qué actitudes muestran ante los tiempos de espera?, ¿hay quejas al respecto?
- Describir las instalaciones en donde se lleva a cabo el servicio de la ILE: anuncios que se encuentren en el espacio, qué sensaciones transmite el lugar, qué medidas sanitarias hay respecto a la prevención de coronavirus
- Registrar cuántas mujeres no reciben la atención ese día y los motivos
- Describir la atención del personal sanitario hacia las mujeres: amabilidad, rapidez, flexibilidad, paciencia, empatía, comunicación, etc.
- Identificar si se da un trato diferenciado a las mujeres que han solicitado la ILE más de una ocasión.
- Describir el proceso del servicio de la ILE y detallar de qué manera explica el personal sanitario el proceso de la ILE. ¿Qué dicen sobre posibles complicaciones?, ¿a dónde acudir?, ¿qué decir?
- Registrar si los actores involucrados se refieren al servicio como “ILE” o como “aborto”
- Identificar si los profesionales sanitarios hablan de la ILE como un derecho, ante las usuarias y otras personas con quienes comparten el servicio: ¿los profesionales de la salud cómo presentan o describen a la ILE?, ¿qué dicen acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres?
- Describir la asesoría de métodos anticonceptivos, ¿qué alternativas les presentan?, ¿cómo invitan a las mujeres a adoptar un método anticonceptivo?, ¿qué dudas hay sobre los métodos anticonceptivos?
- Identificar los filtros sanitarios impuestos por el COVID-19, ¿qué dinámicas cambiaron a partir de la pandemia por coronavirus?, ¿qué procesos se han complicado a partir de la pandemia?
- Describir la apariencia física y actitudes de las mujeres que regresan a su cita de revisión

- Detallar el proceso de atención durante la consulta de revisión

Características de las mujeres

- Registrar las emociones en los gestos o expresiones de las mujeres: miedo, dolor, confusión, incomodidad, culpa, frustración, pena, etc.
- Describir modos de vestir: ¿cómo es la apariencia de las mujeres el primer día?, ¿cómo van arregladas en su cita de revisión?
- Señalar si las mujeres asisten a las clínicas acompañadas y quiénes las acompañan.
- Detallar qué posturas adoptan ante los profesionales de la salud: ¿se demuestran como portadoras de derechos?
- Registrar los comentarios, dudas u opiniones que expresan sobre el proceso de la ILE y la asesoría de métodos anticonceptivos

Características de los profesionales de la salud

- Reconocer y describir la relación jerarquía entre el personal sanitario
- Describir las principales actividades de cada profesional de la salud
- ¿Cómo reacciona el personal médico ante las dudas o solicitudes de las usuarias?
- ¿Qué comentarios hace el personal de salud entre sí, respecto a las usuarias?

Interacciones entre los actores

- Registrar qué personal de salud recibe a las mujeres, ¿qué se les dice a las mujeres en el primer contacto?
- ¿Qué se les dice a las mujeres al concluir el proceso de la ILE?
- Registrar las historias personales que se comparten entre sí las mujeres
- Describir la interacción entre la mujer y su acompañante
- ¿Los acompañantes interactúan entre sí?, ¿sobre qué temas platican?
- Describir cómo se dirige el personal médico hacia las mujeres: tonalidades de voz, gestos
- Capturar si las mujeres comparten complicaciones que vivieron durante el proceso: ¿qué complicaciones tuvieron?, ¿cómo lo solucionaron?

Anexo 3. Guía de entrevista para profesionales de la salud

Experiencias en los servicios de la ILE
Explorar las experiencias significativas para el personal de la salud durante su trabajo en la ILE.

- Cuénteme la o las historias que más le hayan llamado la atención
- ¿Qué resalta de esa(s) historia(s)?
- ¿A qué se ha enfrentado por el hecho de trabajar en los servicios de la ILE?: discriminación, reconocimiento, ofensas

Antecedentes profesionales
Indagar cómo fue que comenzaron a participar en los servicios de la ILE

- Cuénteme sobre su preparación profesional, qué estudió, en dónde estudió
- Antes de estar aquí, ¿en qué áreas de la salud había trabajado?
- ¿Tenía experiencia en procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo?
- ¿Cómo fue que llegó a trabajar a los servicios de la ILE?
- ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en los servicios de la ILE?
- ¿A las afueras de la clínica ha sido abordada(o) por alguna persona ajena al Centro de Salud?, ¿qué te dijeron u ofrecieron?, ¿qué piensas sobre estos grupos?

Percepciones sobre la ILE y sus usuarias
Explorar la posición de los profesionales de la salud sobre la ILE y las mujeres que la solicitan. Indagar sus percepciones sobre la maternidad, la autonomía reproductiva, la sexualidad y el aborto.

- ¿Qué piensa sobre la interrupción del embarazo?, ¿qué piensa sobre el hecho de permitir la interrupción del embarazo sin importar el motivo de la decisión?
- ¿Cómo describiría a las mujeres que asisten al servicio de la ILE?, ¿qué actitudes o emociones predominan en ellas?
- ¿En qué situaciones está a favor o en contra de que las mujeres tengan la posibilidad de interrumpir su embarazo?, ¿por qué?
- Cuando se enteras que una mujer asiste por segunda o tercera vez a interrumpir su embarazo, ¿qué es lo primero que piensas?, ¿qué se te viene a la mente?
- ¿Qué tanto las mujeres adoptan un método anticonceptivo? // (no se busca un dato estadístico, solo se quiere introducir el tema)
- Las que no adoptan un método anticonceptivo, ¿por qué cree que no lo acepten?
- ¿Qué mitos han expresado alrededor de los métodos anticonceptivos?
- ¿Está de acuerdo o en desacuerdo en que la ILE se brinde de manera gratuita?, ¿por qué?

Capacitación sobre la ILE: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Indagar sobre las capacitaciones que recibieron los profesionales de la salud sobre el servicio de la ILE, hacer énfasis en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

- ¿Recibió alguna capacitación cuando ingresó a los servicios de la ILE?
- Cuénteme cómo fue esa capacitación, ¿cuándo fue?, ¿quiénes te dieron la capacitación?, ¿qué te explicaron de la ILE?
- ¿Qué conocimientos, habilidades o actitudes adquirió a partir de la capacitación?
- ¿Considera que la capacitación fue completa?
- ¿Qué sabe sobre los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Qué sabe sobre el derecho de abortar de las mujeres?

Características sociodemográficas y culturales
Al final, se preguntarán solo aquellos aspectos que no hayan surgido espontáneamente durante la conversación

- Nombre que desea adoptar para la entrevista
- Edad
- Escolaridad
- Cargo en el servicio de ILE / ¿cuenta con plaza?
- Situación actual con la pareja
- Número de hijos e hijas
- Estado, municipio y colonia de residencia
- Religión // ¿qué practicas realiza?
- Fuentes de ingresos económicos

Anexo 4. Guía de entrevista para mujeres atendidas en el servicio de la ILE

Maternidad
Explorar cómo se percibe al embarazo, a la maternidad y a la paternidad.

- Cuéntame cómo te enteraste de tu embarazo
- ¿Qué emociones tuviste cuando te enteraste del embarazo?, ¿en qué pensaste cuando te enteraste de que podrías ser madre?
- ¿Qué representa para ti un embarazo en estos momentos de tu vida?, ¿qué representa la maternidad para ti?
- ¿En qué condiciones hubieras considerado seguir adelante con ese embarazo?, ¿pensaste en otra opción como dar en adopción?
- Si tiene pareja // Y tu pareja… ¿está enterada sobre el embarazo?, ¿qué te dijo cuándo se enteró que podría ser padre?

Autonomía reproductiva y redes de apoyo
Explorar las circunstancias que llevaron a las mujeres a tomar la decisión de interrumpir su embarazo, e indagar sobre las redes de apoyo familiar y social que constituyeron una fuente de recursos para la mujer.

- ¿Cómo fue que tomaste la decisión?, ¿lo platicaste con alguien?, ¿te costo trabajo decidir qué hacer?, ¿cuánto tiempo tardaste en tomar la decisión?
- ¿En qué personas te apoyaste en este proceso?, ¿de qué maneras te apoyaron?
- ¿Quién te acompañó cuando fuiste al Centro de Salud?
- Si no ha mencionado a su familia // ¿Tu familia está enterada?, ¿te apoya?, ¿qué opina al respecto de tu decisión?
- Si tiene pareja // Y tu pareja… ¿qué opina sobre tu decisión de interrumpir el embarazo?
- ¿A quién más le has contado tu decisión?, ¿por qué a ellos?, ¿más adelante vas a contar sobre tu interrupción de embarazo a otras personas?, ¿por qué?
- ¿Habías solicitado el servicio de ILE con anterioridad?, ¿cuántas veces?
- // En las ocasiones pasadas, ¿qué te llevo a interrumpir tu embarazo?

Sexualidad y anticoncepción
Explorar cómo viven las mujeres su sexualidad y sus percepciones sobre los cuidados en relaciones sexuales.

- ¿En tu relación qué métodos anticonceptivos usan o usaban?, ¿cómo te cuidabas?, ¿cómo se cuidaba tu pareja?
- Cuéntame cómo fue tu experiencia con esos métodos anticonceptivos
- ¿Qué métodos anticonceptivos conocías antes de ir a la clínica?, ¿qué efectos secundarios conoces de esos métodos?

- ¿Cómo percibiste la asesoría sobre métodos anticonceptivos en el Centro de Salud?, ¿te quedaron dudas o inquietudes sobre el tema?, ¿cuáles?
- ¿Sentiste presión por elegir alguno?, ¿elegiste alguno?, ¿por qué?

Proceso de atención y violencia obstétrica

Indagar sobre el trato que recibió de médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, trabajadores y trabajadoras sociales y personal administrativo. Explorar sobre posibles acontecimientos de violencia ejercidos sobre las mujeres.

- ¿Cómo te enteraste del servicio de la ILE?
- Antes de venir a la clínica, ¿qué información encontraste sobre la ILE?
- ¿Buscaste información en la página web de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México sobre la ILE?, ¿llamaste al Centro de Salud para pedir informes?, ¿qué te dijeron?, ¿cómo consideras que te respondieron? (claridad, amabilidad, rapidez)
- ¿Por qué decidiste atenderte en ese Centro de Salud?, ¿en algún momento consideraste atenderte en una clínica privada?
- ¿Te fue complicado cumplir con los requisitos para la atención?, ¿qué se te complicó?
- Mujeres residentes de otros estados de la República: ¿pagaste cuota de recuperación?, ¿qué te pareció el monto que pagaste?
- Cuéntame qué información te dieron sobre el proceso, recomendaciones o complicaciones
- ¿Qué emociones sentiste cuando estabas en la clínica?, ¿en qué pensabas?
- Si tuvo interrupción por medicamento: ¿cómo fue tu proceso en casa?, ¿cómo te sentiste? ¿tuviste alguna complicación?, ¿quién te acompañó cuando tomaste las pastillas?
- Si tuvo interrupción por AMEU: ¿cómo fue tu proceso de atención?, ¿cómo te sentiste en la clínica?, ¿tuviste alguna complicación?
- ¿Cómo te atendieron las personas que se encargaron de tu papeleo?, ¿te resolvieron todas tus dudas o inquietudes?
- ¿Cómo te atendieron las trabajadoras o trabajadores sociales?, ¿te resolvieron todas tus dudas o inquietudes?
- ¿Cómo te atendieron las enfermeras o enfermeros?, ¿te resolvieron todas tus dudas o inquietudes?
- ¿Cómo te atendieron los médicos o médicas durante el proceso?, ¿te resolvieron todas tus dudas o inquietudes?
- ¿Recuerdas algún comentario o acción que te haya incomodado o que te haya parecido fuera de lugar durante el servicio?
- ¿Regresaste a tu cita revisión?, ¿cómo te fue?
- ¿A las afueras de la clínica fuiste abordada por alguna persona ajena al Centro de Salud?, ¿qué te preguntaron?, ¿qué te ofrecieron o dijeron?, ¿qué piensas sobre estos grupos?
- ¿Cómo viste las instalaciones y la distribución del lugar?

- ¿Cómo percibiste las medidas sanitarias para evitar contagios de COVID-19 en la clínica?, ¿te sentiste segura o con miedo a contagiarte de coronavirus?, ¿por qué?

Interrupción Legal del Embarazo, Aborto y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Explorar el reconocimiento de la ILE como un Derecho de las mujeres.

- ¿Tú qué piensas sobre la interrupción del embarazo?
- ¿Antes de ir al ILE cómo te imaginabas el servicio?
- ¿Qué sabes sobre el derecho de abortar de las mujeres?
- ¿Bajo qué circunstancias estás a favor de que las mujeres tengan la posibilidad de interrumpir su embarazo?, ¿por qué?
- ¿Qué piensas de las mujeres que han interrumpido su embarazo dos, tres, cuatro veces?
- ¿Qué opinas de que sea gratuito el servicio de la ILE?
- ¿Qué piensas sobre las movilizaciones de las mujeres en pro de la legalización del aborto a nivel nacional?
- Si tuvieras que describirle tu experiencia a otra mujer, ¿qué le contarías?
- De acuerdo con tu experiencia, ¿qué consideras que se podría mejorar del servicio?

Características sociodemográficas y culturales
Al final, se preguntarán solo aquellos aspectos que no hayan surgido espontáneamente durante la conversación.

- Nombre que desea adoptar para la entrevista
- Edad
- Escolaridad
- Descripción de su ocupación actual
- Descripción de su ocupación anterior
- Número de embarazos
- Número de hijos e hijas
- Situación actual con la pareja
- Estado, municipio y colonia de residencia
- Religión
- Semanas de gestación
- Percepción de su situación económica
- Con quién vive / casa propia o rentada

Anexo 5. Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Significados y prácticas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México, a 14 años de su promulgación

Carta de consentimiento informado

Fecha: ____/_____/_____
Clínica de Salud: _____

Yo, _____ por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en el estudio que está llevando acabo la Lic. Katheryn Hernández Olvera, el cual se centra en comprender cómo se vive y afronta la interrupción del embarazo en esta clínica.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del propósito de la realización de esta entrevista y que los datos que resulten de ella serán usados solo con fines académicos. Así mismo, me han informado que con el fin de aumentar la confidencialidad de la información que proporcione puedo asignarme un seudónimo y puedo indicar cuando alguna pregunta me incomode o prefiera no responderla.

Por último, declaro que también me han soliticitado autorización para que la entrevista sea registrada con una grabadora de voz y tengo la libertad de parar la grabación en cualquier momento si así lo deseo.

¿Autoriza la grabación de audio de la entrevista? Sí ____ No ____

_____
Firma de consentimiento

Mujer que recibió el servicio de ILE: _____ Profesional de la salud: _____

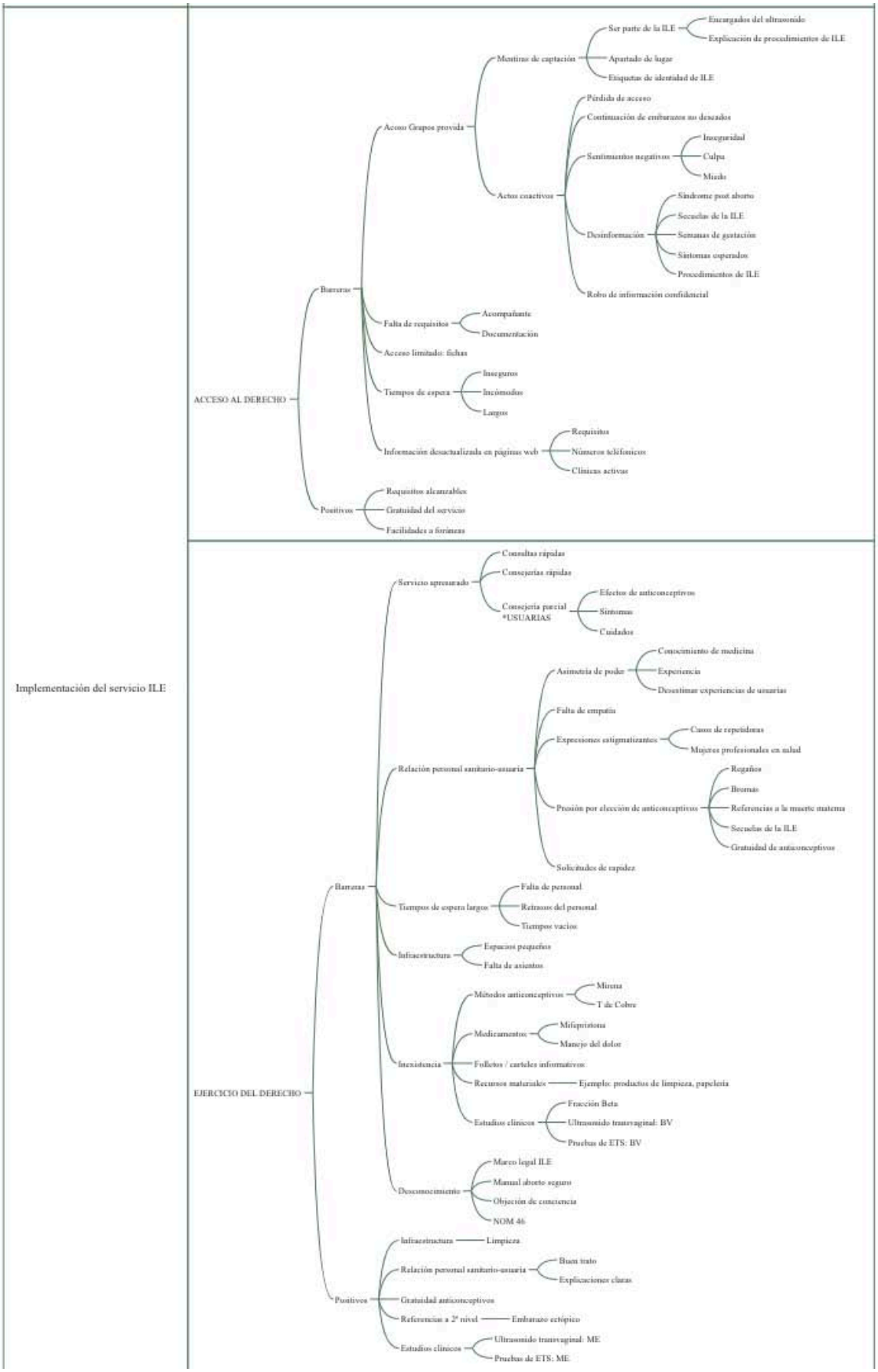
Seudónimo adoptado: _____

NOTA. Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la responsable del proyecto: Lic. Katheryn Hernández Olvera al siguiente número de teléfono 55 7668 9282 en un horario de 9:00 a 19:00 o al correo electrónico katheryh19@gmail.com

Anexo 6. Códigos de análisis de datos

Prácticas y significados en torno a la ILE

- **Maternidad y Embarazo**
  - Maternidad
    - Romántica
    - Intensiva
    - Elección
  - Causas del embarazo
    - Mujeres
      - Falla de anticonceptivos
        - En el uso
        - En el producto
      - No uso de anticonceptivos
      - Inaccecibilidad a anticonceptivos
        - Culturales
        - Económicos
      - Irresponsabilidad
    - Personal de salud
      - Falla de anticonceptivos — En el uso
      - Desuso de anticonceptivos
      - Irresponsabilidad
- **Autonomía reproductiva**
  - Construcción de la decisión
    - Factores
      - Economía
      - Riesgos en la salud
      - Apropiación del cuerpo
      - Falta de apoyo de la pareja
      - Maternidad satisfecha
      - Momento de ciclo de vida
      - Momento de la relación con la pareja
      - Momento emocional de vida
    - Grado de autonomía
      - Autonomía
        - Alta
        - Relativa
      - Heteronomía
    - Red Social
      - Vínculos de apoyo
      - Vínculos con antagonismo - tensión
      - Vínculos que salen de la red o no representan apoyo
    - Canales de búsqueda
      - Conocidas
      - Internet
        - Páginas oficiales
        - Facebook
        - Redes feministas
      - Contacto a la clínica
        - Visita
        - Llamada telefónica
    - Elección clínica
      - Pública
        - Sin costo
        - Mayor confianza
        - Cercanía al hogar
        - Buena atención
      - Privada
        - Baja confianza
        - Costos elevados
        - Referencias malas
    - Difusión de la decisión
      - Asunto privado
      - Asunto social
- **Sexualidad y Anticoncepción**
  - Prácticas clasificatorias según el uso de anticonceptivos *PERSONAL DE SALUD — Mujeres
    - Aceptación — Responsables — Factores de uso — Uso con anterioridad
    - Rechazo — Irresponsables — Factores de no uso
      - Problemas de salud
      - Desinformación: falta de datos
      - Creencias y mitos: Es información cuya autenticidad no ha sido comprobada.
      - Control cuerpo femenino: su pareja le dice que "no"
      - Negación de OTB en los servicios de salud
  - Elección de anticonceptivos *USUARIAS
    - Mujeres
      - Factores de uso
        - Uso con anterioridad
        - Prevenir ETS
      - Factores de no uso
        - Problemas de salud
        - Desinformación: falta de datos
        - Creencias y mitos: Es información cuya autenticidad no ha sido comprobada.
        - Desabasto de anticonceptivos
        - Negación de OTB en los servicios de salud
        - "Descanso del cuerpo de hormonas"
    - Hombres
      - Factores de uso
      - Factores de no uso — Control cuerpo femenino


Implementación del servicio ILE
ACCESO AL DERECHO
Barreras
Acceso Grupos provida
Mentiras de captación
Ser parte de la ILE
Encargados del ultrasonido
Explicación de procedimientos de ILE
Apartado de lugar
Etiquetas de identidad de ILE
Actos coactivos
Pérdida de acceso
Continuación de embarazos no deseados
Sentimientos negativos
Inseguridad
Culpa
Miedo
Desinformación
Síndrome post aborto
Secuelas de la ILE
Semanas de gestación
Síntomas esperados
Procedimientos de ILE
Robo de información confidencial
Falta de requisitos
Acompañante
Documentación
Acceso limitado: fichas
Tiempos de espera
Inseguros
Incómodos
Largos
Información desactualizada en páginas web
Requisitos
Números telefónicos
Clínicas activas
Positivos
Requisitos alcanzables
Gratuidad del servicio
Facilidades a foráneas
EJERCICIO DEL DERECHO
Barreras
Servicio apresurado
Consultas rápidas
Consejerías rápidas
Consejería parcial *USUARIAS
Efectos de anticonceptivos
Síntomas
Cuidados
Relación personal sanitario-usuaria
Asimetría de poder
Conocimiento de medicina
Experiencia
Desestimar experiencias de usuarias
Falta de empatía
Expresiones estigmatizantes
Casos de reprobadas
Mujeres profesionales en salud
Presión por elección de anticonceptivos
Regaños
Bromas
Referencias a la muerte materna
Secuelas de la ILE
Gratuidad de anticonceptivos
Solicitudes de rapidez
Tiempos de espera largos
Falta de personal
Retrasos del personal
Tiempos vacíos
Infraestructura
Espacios pequeños
Falta de asientos
Inexistencia
Métodos anticonceptivos
Mirena
T de Cobre
Medicamentos
Mifepristona
Manejo del dolor
Folletos / carteles informativos
Recursos materiales
Ejemplo: productos de limpieza, papelería
Estudios clínicos
Fracción Beta
Ultrasonido transvaginal: BV
Pruebas de ETS: BV
Desconocimiento
Marco legal ILE
Manual aborto seguro
Objeción de conciencia
NOM 46
Positivos
Infraestructura
Limpieza
Relación personal sanitario-usuaria
Buen trato
Explicaciones claras
Gratuidad anticonceptivos
Referencias a 2º nivel
Embarazo ectópico
Estudios clínicos
Ultrasonido transvaginal: ME
Pruebas de ETS: ME

Interrupción Legal del Embarazo / Aborto	Formación en ILE del personal: En la práctica; Talleres / Pláticas: Continuas, Escasas
	Discursos médicos sobre ILE *OBSERVACIONES: Es un derecho; Es una oportunidad / ayuda; Solución a la mortalidad materna; Salvación de infantes en situación de calle
	Causales *AMBOS: Mayor aceptación: Violación; Menores de edad; Economía baja; Fallas de anticonceptivos; Cuando es por una única vez; Riesgos en la salud de la mujer; Menor aceptación: Más de una ILE — Razones: Se les hace fácil; Es gratis; Falta de conciencia; Irresponsables; Se toma a la ILE como un método más; Estereotipos negativos relacionados con el ejercicio de la sexualidad
	Discursos de las usuarias sobre la ILE *AMBOS: En contra — Irresponsabilidad; A favor: Derecho; Evita el abandono de niños/as
	Postura sobre la gratuidad del servicio *AMBOS: Siempre; Cuota a repetidoras
	Quién debe tomar la decisión: Personal — La mujer; Usuarias — La mujer
Resistencias al derecho a decidir	La solicitud de ILE debe ser una vez en la vida
	Todas mujeres deben adoptar un método anticonceptivo tras una ILE
Movimiento feminista	Percepción: Vandalismo; Pro derechos
	Autodeterminación: Feminista; No feminista

Anexo 7. ILE ¿Medicamento o AMEU?

Según la SECRETARÍA DE SALUD de la Ciudad de México, las **afectaciones físicas** que se pueden producir en una mujer que se somete a una ILE, son los siguientes:

- -Naúseas
- -Vómito
- -Cefaleas
- -Dolor abdominal
- -Sangrados
- -Inflamación pélvica
- -Infección
- -Fiebre
- -Perforación uterina
- -Anemia
- -Infertilidad

Recuerda que por Ley, tienes derecho a recibir información, consejería y opciones

La SECRETARÍA DE SALUD te enlista las **opciones** que tienes además de la ILE, como son: reconciliarte con el Embarazo o la Adopción.

REFERENCIA:
- SEDESA OFICIO No. #SSCDMX/SCAOIP/2016, pp.4

deSíde ile

555260-1824
557322-5425
Línea GRATUITA. 800-62486-32
decide-ILE
www.decide-ile.com

ILE
¿Medicamento o AMEU?

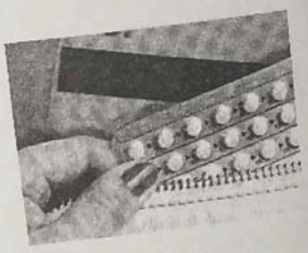
Aborto inducido por FÁRMACOS...

Mifepristona

Este fármaco es utilizado para **bloquear la hormona progesterona.** Sin la progesterona, **las paredes del útero dejan de proveer oxígeno y nutrientes al embrión, provocando su muerte junto con el desprendimiento de la placenta.**

Misoprostol

Este fármaco fue fabricado para el tratamiento de úlceras gástricas y duodeno (parte del intestino delgado). El uso principal de éste en el aborto es **causar contracciones que generan sangrado uterino y la expulsión del embrión.**



¡CUIDADO! No debes ingerir los fármacos cuando:

- -Sufres de alergias
- -Padeces de: epilepsia, diabetes, anemia, insuficiencia renal o hepática
- -Transtornos hemorrágicos
- -Enfermedades cardiovasculares
- -Enfermedades endócrinas
- -Cáncer
- -Transfusiones recientes
- -Tienes colocado el DIU
- -Si padeces alguna otra enfermedad

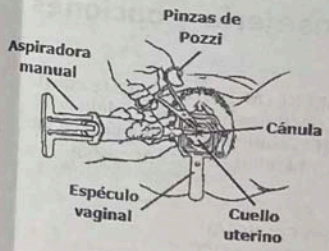
Debido a que el Misoprostol no fue creado para abortar, cuando lo ingiere una mujer embarazada, le produce un Aborto total o un Aborto incompleto

Si se tiene un **Aborto incompleto** o se rebasan las 10 semanas de gestación, el siguiente procedimiento será el **AMEU o AEEU.**

IMPORTANTE
Si ya tomaste la MIFEPRISTONA y deseas cambiar de decisión, contacta a:
5591997972
http://www.revertirmisoprostol.com

AMEU o AEEU
Aspiración Manual o Eléctrica Endouterina

El cuello uterino es dilatado y por medio de una cánula conectada a la aspiradora (manual o eléctrica), **se hace el vacío hasta desprender y recopilar los restos del feto y la placenta.**



Anexo 8. Síndrome Post Aborto

¿Qué es el Síndrome Post Aborto ?

El S.P.A. es un desorden de estrés post– traumático que muchas mujeres experimentan después de un aborto provocado.

¿Quién sufre del Síndrome Post Aborto?

- *Los hombres y mujeres que han perdido a un hijo debido a un aborto provocado.*
- *Familiares o personas externas que de alguna manera participaron en el aborto.*

1. SEDESA, Oficio No. SSCDMX/ SCAOIP/3263/2016/, p. 6.

Si usted conoce a alguien que este pasando por este proceso tan difícil.... es importante comentarle que necesita ayuda.

Atención personalizada.

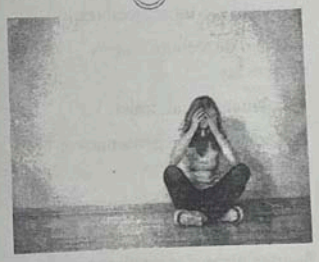
Contáctanos.

Tel: 52600731

WhatsApp:

55 3247 7550

Síndrome Post Aborto



Síntomas

- Incapacidad para procesar el duelo del hijo que perdió.
- Aislamiento.
- Ánimo entristecido, sentimiento de vacío, llantos repentinos e incontrolables.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Violencia intrafamiliar.
- Incapacidad de perdonarse a uno mismo o a otros.
- Pesadillas del bebé abortado.
- Pérdida del interés en las fuentes normales de placer.
- Dolores de cabeza, mareos, palpitaciones fuertes del corazón, dolores de estómago, tensión muscular.
- Un aumento de los síntomas alrededor de la fecha del aborto.
- Deseos de tener a otro bebé que sustituya al abortado.
- Promiscuidad.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, enlista las posibles consecuencias psicológicas que puede tener una mujer que ha abortado (1).

- Sentimiento de culpa.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Depresión.
- Baja Autoestima
- Insomnio, Hipersomnio.
- Rabia, dolor, remordimiento.
- Diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas.
- Pesadillas.
- Recuerdos dolorosos en la fecha en la que hubiera nacido.
- Anorexia o bulimia.
- Pérdida de la concentración.
- Sensación de vacío.

Las mujeres, sean jóvenes o adultas, temen hablar sobre su experiencia con el aborto, por el temor de ser criticadas, o sienten que nadie valora su problema y, por lo tanto, no tiene sentido exponer su intimidad.

"PERO EL DOLOR CONTINÚA"

El Síndrome Post Aborto (S.A.P.) por si mismo cuando no se le trata, tiene una evolución natural (como cualquier otra enfermedad) de acuerdo con su propia dinámica. Los síntomas, no son una señal de debilidad personal o un estado de ánimo que uno pudiera alejar con la propia voluntad.

Si alguna mujer presenta los síntomas antes mencionados, necesita apoyo de un especialista.