

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco



Casa abierta al tiempo

Licenciatura en Política y Gestión Social

LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Trabajo terminal presentado por:

Patricia Lima González

Elizabeth Zariñana Martínez

**Para obtener el grado de Licenciadas en Política y
Gestión Social**

Dirección de trabajo terminal

Dra. Avril Regina Arjona Luna

Septiembre 2022

AGRADECIMIENTOS

Sin pena y con mucha gloria...

A la Dra. Avril Regina Arjona Luna nuestra directora de este trabajo terminal, por creer y confiar en nosotras desde el primer momento. Sobre todo, por su compromiso académico y personal con este trabajo que también es el reflejo del esfuerzo que ha realizado por darle voz a las mujeres de toda una generación. Una vez más gracias asesora y amiga, tus enseñanzas las llevaremos siempre con nosotras.

A todas las mujeres que participaron en este trabajo, por su valentía de compartirnos sus experiencias sin las cuales este trabajo no hubiera sido posible, nuestra admiración y reconocimiento por alzar la voz por las que no pudieron. Esperamos que esta investigación refleje el espacio de confianza y sororidad que todas necesitamos para darle visibilidad a los temas que siguen siendo “ajenos” a la sociedad.

A las mujeres que estuvieron y están en esta lucha incesante por el reconocimiento de nuestros derechos y, sobre todo, por aquellas que perecieron cuando la Interrupción Legal del Embarazo parecía imposible.

Finalmente, a nuestras familias por ser piezas fundamentales en este viaje, por el amor y la comprensión incondicional a través de estos cuatro años de incertidumbre, pero también de alegrías incontables.

Índice

Introducción	5
Capítulo I. Marco teórico: la conceptualización de la interrupción del embarazo como problema público	27
1.1 .La definición teórica de un problema público.....	27
1.2.¿Qué es la implementación en las políticas públicas?.....	35
1.3. La organización Mundial de la Salud y el reconocimiento a la ILE como un servicio digno.....	36
Capítulo II. La implementación de la ILE en la Ciudad de México; procedimientos y prestación de servicio	37
2.1. Un acercamiento a las prestadoras del servicio público.....	41
Capítulo III. La ILE, de lo escrito a la realidad	45
3.1. Datos sociodemográficos de mujeres usuarias de la ILE.....	45
3.2. Trayectorias de atención de mujeres usuarias	45
3.2.1. Acceso a la información de la ILE.....	45
3.2.2.” No sabía que estaba embarazada”	48
3.2.3. Gratuidad.....	48
3.2.4. Experiencia al llegar a la clínica.....	50
3.3. El trato hacia la usuaria por parte del personal de salud en la clínica y hospital.....	51
3.3.1. Durante el procedimiento.....	54
3.3.2.Después del procedimiento.....	61
Conclusiones	65
Referencias bibliográficas	69
Anexos	76

Índice de tablas

Tabla 1. Datos generales de las usuarias entrevistadas.....	7
Tabla 2. Personal de salud entrevistado.....	9
Tabla 3. Total de ILE realizadas en CDMX por alcaldía de 2007 al 28 de febrero del 2022.....	19
Tabla 4. Edad de las usuarias de la ILE.....	22
Tabla 5. Porcentaje por ocupación de las usuarias de la ILE	23
Tabla 6. Métodos clínicos para realizar la ILE.....	24
Tabla 7. Porcentaje por ocupación de las usuarias de la ILE.....	25
Tabla 8. Porcentaje de las semanas en las que se ha realizado la ILE.....	25
Tabla 9. Niveles de atención que establece la Ley de Salud de la CDMX.....	39

Índice de Anexos

Anexo 1. Primera convocatoria para invitar a las mujeres a participar en la investigación a través de su experiencia con la ILE.....	76
Anexo 2. Segunda convocatoria para invitar a las mujeres a participar en la investigación a través de su experiencia con la ILE.....	77
Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada para las mujeres que trataron o accedieron a la ILE.....	78
Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada para el personal de salud que atiende la ILE.....	80
Anexo 5. Métodos anticonceptivos para mujeres y varones, Gobierno de México.....	81

Introducción

Conocer cómo es el contenido de un programa y cómo se implementa, remite a realizar un análisis, por un lado, de los lineamientos y marco jurídico de este, así como el programa operando en la realidad, es decir, su implementación. Por ello, el análisis de la situación problemática del aborto en México, permite ubicar un marco teórico conceptual amplio para su definición como problema público; a partir de identificar qué actores lo definen, el marco político en el que se suscribe el asunto, la población que lo padece, las regiones donde se presenta, la magnitud del problema; y, con eso, conocer su orientación para su atención y la configuración de instrumentos y/o lineamientos, modos y objetivos de implementación, es decir, las opciones de acción por parte del gobierno para la atención de esta problemática.

Desde el aspecto empírico, esta investigación busca una comprensión de los problemas que se enfrentan las usuarias al momento de la implementación de la atención del aborto en la Ciudad de México, y cómo es en este proceso donde muchas veces el programa perdura en el tiempo y sobre todo reconoce sus límites y procesos para la adecuada atención a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo en la Ciudad de México.

Dicho lo anterior, en el primer capítulo analizaremos el problema público del aborto, bajo el enfoque de política pública, esto resulta relevante por varios aspectos. Desde el aspecto conceptual, dado que los problemas se pueden definir de muchas maneras, el análisis debe considerar cómo es el proceso para su definición. Como argumentan Cobb y Elder (1974, p. 115) “las definiciones no solo estructuran y encuadran las elecciones posteriores de política, sino que también sirven para afirmar una concepción particular de la realidad”. De acuerdo con Aguilar (1993) citado en Montencinos (2007, p. 328) se entiende, por definición del problema como: “proceso mediante los cuales una cuestión ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y cuantificada en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias”. Así mismo con ayuda del concepto de la implementación sabremos qué procesos sigue la misma y qué papel juega en un programa.

También, conoceremos el contexto en el cual se sitúa la ILE a través de dos ideologías que se contraponen: la feminista y la pro-vida a través de lo político, social y religioso-moral.

En un segundo capítulo, exploramos los lineamientos y el marco jurídico que determina la implementación del programa de la ILE, sus cambios, particularidades y continuidades.

En el capítulo tres se seguirán las trayectorias de atención de seis mujeres que accedieron o intentaron acceder al servicio de la ILE. Pensar las trayectorias implica tres momentos —antes, durante y después de su proceso—, de este modo y a la luz de los lineamientos con los que se rige la ILE, se analizará lo que el programa designa en contraste con lo que en la realidad se implementa, la trayectoria de atención y reproductiva tiene como definición:

[...] el conjunto de eventos o transiciones que los sujetos llevan a cabo a lo largo de su vida con la finalidad de transitar de un estatus a otro, según las expectativas individuales y colectivas que se forjan sobre la adultez. Los eventos reproductivos suceden de manera secuencial y cronológica. Hay ciertos eventos que colocan a los sujetos en otra posición social, a eso se le llama transición, pues pasan de un estatus social a otro (Degante, 2014, p. 15).

El análisis de la ILE puede tocarse desde distintas perspectivas, en esta investigación nos centramos en la implementación del programa de la Interrupción Legal de Embarazo en la Ciudad de México, por ello a continuación presentamos la metodología que utilizamos para la investigación.

Inicialmente, nos habíamos planteado las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo ha sido la respuesta del gobierno de la Ciudad de México durante el mandato de Claudia Sheinbaum (de 2018 a febrero 2022) para atender la ILE como problema público? ¿Cuáles han sido los instrumentos utilizados por este gobierno para brindar el servicio de la ILE a mujeres de entre 18 y 24 años? y ¿Cuál ha sido la experiencia —antes, durante y después— de las mujeres que han accedido al programa?

Para conocer la experiencia de algunas mujeres, se realizó una infografía (véase anexo 1) con los requisitos de edad para invitar a participar en el trabajo terminal, las cuales se publicaron en distintas redes sociales como Facebook e Instagram, también y, de manera estratégica se pegaron varias infografías en los sanitarios de mujeres de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X), sin embargo, al pasar dos semanas no recibimos respuesta que cumpliera con las especificaciones de la investigación; respondieron solo mujeres que querían participar, pero la interrupción la habían llevado a cabo en una clínica privada y/o en años distintos a los que establecidos en la convocatoria.

Por lo anterior, redefinimos nuestros tiempos y rangos de edad para esto realizamos de nuevo una infografía (véase anexo 2) con el único requisito de haber realizado o intentado su interrupción en una clínica pública de la ILE sin distinción de edad y año de la misma, para conocer su experiencia y dado que obtuvimos una respuesta positiva con mujeres de entre 17 y 26 años al momento de interrumpir el embarazo, refiriendo que accedieron a la ILE entre 2008 y 2020.

Se entrevistaron a seis mujeres en este nuevo rango de edad, a continuación, presentamos la siguiente tabla:

Tabla 1. Datos generales de las usuarias entrevistadas

Aíás	Edad durante la Interrupción	Alcaldía de residencia	Alcaldía en donde se ubica la clínica	Hospital y/o clínica	Privada o Pública
Mara	23	Coyoacán	Tlapan	Hospital Materno Pediátrico Xochimilco/Marie Stops	Privada
Ollin	17	Iztapalapa	Tláhuac/Iztapalapa	Hospital Belisario Domínguez/ Iztapalapa	Pública
Diana	20	Estado de México	Venustiano Carranza	Hospital Materno Infantil Inguarán	Pública
Sara	20	Coyoacán	Coyoacán	Clínica Niced	Particular
Verónica	22	Tlalpan	Xochimilco	Hospital Materno Pediátrico Xochimilco	Pública
Daniela	26	Tlalpan	Miguel Hidalgo	Clínica Integral de Salud Reproductiva Del Centro de Salud T-III México España	Pública

Fuente: Elaboración propia con información recabada de las entrevistas realizadas, mayo-julio 2022.

*Ollin accedió a la ILE en dos ocasiones, la primera en el año 2008 y la segunda en 2017.

Debido a esto nos replanteamos como preguntas de investigación las siguientes ¿Cuáles son los lineamientos por los que se rige el programa de la ILE en la Ciudad de México? De acuerdo con las experiencias de algunas usuarias ¿Cómo se ha implementado el programa de la ILE a través de los años registrados? ¿A qué obstáculos se enfrentan las mujeres usuarias al momento de acceder a la ILE? ¿De qué manera influye el trato del personal médico a la usuaria en la decisión de interrumpir el embarazo y recomendar el servicio de la ILE? ¿Cuáles son las opciones que brinda el programa de la ILE para dar acompañamiento a las usuarias después de acceder al servicio?

Para responder a estas preguntas, nos hemos planteado como objetivo general el siguiente:

Analizar y contrastar cómo ha operado el programa de la ILE en la Ciudad de México a través de las trayectorias de las mujeres en tres grandes momentos de la interrupción: inicial, intermedio y actual.

Para llegar al objetivo general, nos apoyaremos de los siguientes objetivos específicos:

- Conocer cómo se define la ILE dentro de los lineamientos por los que se rige el programa de la ILE.
- Comparar la atención y opciones de procedimientos que brindan la Clínica Comunitaria Santa Catarina y el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.
- Describir cuáles son los procedimientos y su difusión para acceder a la ILE en CDMX a partir de la trayectoria de mujeres que han accedido a este servicio.
- Proponer recomendaciones al programa de la ILE en la CDMX, para el mejoramiento del acceso y la atención que se brinda a las mujeres. A partir del análisis sobre la operación de la ILE, sus cambios y continuidades, de las trayectorias de atención de algunas mujeres “usuarias”.

La presente investigación, tuvo un alcance descriptivo debido a que este tipo de estudios “miden, evalúan, o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Hernández et. al ,2003 p.217), que en este caso se trata de la implementación del programa de la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. Se realizó por medio de la recolección de información existente del programa para su descripción y análisis, además

utilizamos el método cualitativo apoyado por la técnica de entrevistas semiestructuradas realizadas de vía zoom a seis mujeres mencionadas ya anteriormente (tabla 1), esto con la finalidad de conocer su trayectoria de atención.

Inicialmente, se tenía pensado entrevistar a miembros del equipo de la ILE en los hospitales con mayor cifra de ILE practicada, sin embargo, con la información dada por las usuarias, decidimos entrevistar al personal del hospital y la clínica descritos en la tabla 2, para que a través del personal de salud que está en contacto directo con la prestación del servicio que ofrece el programa, sea posible conocer la operación del programa en su dimensión médica y de trabajo social. De ahí la importancia de definir lo que es la entrevista dentro del método cualitativo; esta “[...] es, ante todo, un mecanismo controlado donde interactúan personas: un entrevistado que transmite información, y un entrevistador que la recibe, y entre ellos existe un proceso de intercambio simbólico que retroalimenta este proceso.” (Tarrés,2013, p.65). Asimismo, hicimos uso de la observación participante en los sitios ya mencionados para recopilar información acerca de la atención que se brinda por parte de los servidores que atienden la ILE.

Tabla 2. Personal de salud entrevistado

Alías	Hospital o clínica donde labora
Maritza	Clínica comunitaria Santa Catarina
Laura	Clínica comunitaria Santa Catarina
Allison	Hospital materno infantil Inguarán

Fuente: Elaboración propia con información recabada en el trabajo de campo realizado de enero a julio de 2022.

A continuación, presentamos algunos conceptos que nos ayudarán a lo largo de la investigación, estos conceptos serán utilizados en los capítulos de la presente investigación para poder compaginar lo que se dice en términos jurídicos,

lineamientos de operación, así como metodológicos para un mejor entendimiento del lector. En primer lugar, retomamos el derecho a la información que se establece en el artículo 6 de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2022):

Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión. Párrafo adicionado

DOF 11-06-2013

El Estado garantizará el derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radiodifusión y telecomunicaciones, incluido el de banda ancha e internet. Para tales efectos, el Estado establecerá condiciones de competencia efectiva en la prestación de dichos servicios.

Párrafo adicionado DOF 11-06-2013

El derecho a la información es relevante en esta investigación porque uno de los elementos que se destaca es la existencia de la información acerca de la Interrupción Legal del Embarazo, asimismo se indaga cuánta información hay del tema y a través de qué medios se difunde.

Por otro lado, también encontramos que la sexualidad es un concepto que es necesario destacar para que a través de este se pueda explicar cómo es que se llega a un embarazo no planeado. Por lo que entendemos sexualidad como:

Es la forma en que las personas experimentan y se expresan como seres sexuados. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Basada en el sexo, incluye: el género, las identidades del sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción (Hurtado *et al.*, 2012, p.16)

Aunque desde un ámbito más social, también podemos definirla cómo:

La sexualidad es una construcción social que se aprende mediante la socialización. Los procesos de socialización dejan en el individuo una impronta sobre una visión particular de la sexualidad, que incide en la cotidianidad de los individuos y en la forma de vivir la sexualidad (González & Castellanos citados por Zambrano, Bautista *et al.* 2018, p.409)

Para poder gozar de una sexualidad es necesario contar con información pertinente al respecto, por ello entendemos que la información sexual se refiere a lo siguiente:

(cómo funciona el cuerpo y cómo se deben prevenir situaciones que pueden generar problemas de salud), que son datos recibidos, pero sin crítica ni asimilación (Hurtado *et. al*, 2012, p.16)

Es importante destacar la importancia que tiene la salud reproductiva, debido a que un embarazo (planeado o no), debe concebirse gozando de este tipo de salud para evitar complicaciones. De acuerdo con el informe de Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), se entiende como:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (p. 37).

Estos últimos tres conceptos están ampliamente relacionados, y se destaca que tener la información adecuada para comprender lo que cada uno significa es esencial para que en el momento que se decida interrumpir un embarazo pueda lograrse sin complicaciones antes, durante y después del proceso.

Otro concepto por destacar es la calidez en la atención clínica, que de acuerdo con la Secretaría de Salud del Gobierno de México en sus Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro en México con base en lo referido en la Organización Mundial de la Salud (2019): “es el trato cordial, atento y empático que se proporciona a toda persona usuaria del servicio de salud” (p.7).

Además, dentro del ámbito de salud a las mujeres se les reconoce como usuarias entendiendo el concepto como “persona con capacidad de gestar, incluyendo a mujeres, adolescentes, niñas y personas de la diversidad sexo-genérica, que acude a los servicios de salud” (p.9)

Uno de los objetivos del trabajo es identificar cómo se reconoce como problema público la ILE, por lo que definir el concepto de lo que es un problema público dentro de la política pública es primordial, por ello se describe a continuación:

De acuerdo con Luis Aguilar (1993),

Un problema público dentro de las políticas públicas, son las situaciones sociales que llamamos de interés público, beneficio público, necesidad pública, o que calificamos como situaciones injustificables de inequidad, represión, inseguridad, discriminación, pobreza, y que consideramos que el gobierno debe intervenir para atender y modificar. (p.32)

Cuando un problema público se reconoce como tal, acontece lo siguiente:

Un problema público es socialmente asumido: se genera un proceso de responsabilización por parte de tal o cual segmento de la sociedad. Un grupo determinado decide que un problema es acreedor a una intervención pública porque dicho grupo tiene capacidad, autoridad para promoverlo como tal (Mény & Thoening, 1992, p .20)

El papel del Estado es fundamental para proveer de los servicios básicos a la sociedad, pero no es su única función, pues también tiene las siguientes atribuciones:

El Estado reivindica la exclusividad de la coacción. Para ello se dota un doble monopolio: en la producción del derecho que contiene todas las normas obligatorias- y en la administración de la violencia física- ejército, policías, cárceles, sanciones físicas o pecuniarias, etc. (Valles,2007, p.86)

El Estado entiende que su capacidad de regulación de conflictos tiene como marco de actuación un territorio claramente delimitado. La vinculación política tiene, sobre todo, una base territorial: salvo excepciones pactadas entre estados, se sujetan al poder estatal todos los que habitan en un territorio determinado. (Valles,2007, p.86)

Definir al Estado y la fuerza de la que goza por encima de las instituciones y de la sociedad en general, nos ayuda a comprender su capacidad de atención a la ILE como problema público y no como una necesidad solo de las mujeres.

El tema central de la investigación es la Interrupción Legal del Embarazo, que entendemos como sinónimo de aborto y utilizaremos en todo el trabajo de manera indistinta, y que de acuerdo con Amnistía Internacional (s.f) “es un procedimiento médico que pone fin al embarazo. Es una necesidad básica de atención de la salud

para millones de mujeres, niñas y otras personas que pueden quedarse embarazadas.”

Dentro del marco legal se conoce como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) al “derecho de las víctimas de violación sexual de acuerdo con la Ley General de Víctimas y la NOM-046-2005-SSA” (p.8).

En temas de sector salud destacamos la objeción de conciencia (OC). Según el artículo 10 Bis de la Ley De Salud de la Ciudad de México:

[...] establece que cualquier profesional médico y de enfermería que pertenezca al Sistema Nacional de Salud podrá excusarse de la prestación de los servicios establecidos en la Ley General de Salud, salvo que corra peligro la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, pues en caso de contrariar estos últimos casos, incurrirían en responsabilidad profesional (Diario Oficial de la Federación, 2021).

El enfoque que le dimos a la investigación trató de ser lo más interseccional posible, ya que en este tema del aborto se suele generalizar la situación de las mujeres y no se toma en cuenta su posición social, económica de raza entre otras. El glosario para la igualdad de INMUJERES (2022) define a interseccionalidad de la siguiente manera:

[...] es una categoría de análisis para referir los componentes que confluyen en un mismo caso, multiplicando las desventajas y discriminaciones. Este enfoque permite contemplar los problemas desde una perspectiva integral, evitando simplificar las conclusiones y, por lo tanto, el abordaje de dicha realidad.

Es importante conocer la operación del programa de la ILE, pero de la misma manera es de suma importancia escuchar de primera voz la experiencia de aquellas mujeres que han decidido interrumpir su embarazo y que han acudido al servicio de la ILE. Siguiendo esta línea creemos que la trayectoria de atención de estas mujeres aportará conocimiento importante en nuestra investigación, de tal manera que entendemos por trayectoria el proceso de acontecimientos, eventos, situaciones, decisiones y relaciones que inician con el diagnóstico del embarazo y concluyen en la ILE.

El análisis de la implementación del programa de la ILE es el núcleo de nuestra investigación. Es preciso definir la implementación que, según Luis Aguilar “es el cumplimiento de una decisión política básica” (Aguilar, 2017, p. 329).

Por último, en su Título primero, la Carta de los derechos de la Constitución de la CDMX en su apartado D, define los derechos sexuales y en el apartado E los derechos reproductivos.

Toda persona tiene derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras; a decidir sobre la misma y con quién compartirla; a ejercerla de forma libre, informada y responsable, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin discriminación, coerción o violencia; así como a la educación en sexualidad y servicios de salud integrales, información completa, científica, no estereotipada, diversa y laica. Las autoridades adoptarán las medidas necesarias para garantizar el ejercicio de estos derechos.

Derechos Reproductivos.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada tener hijos o no, con quién y el número e intervalo entre estos, sin coacción ni violencia, así como a recibir servicios integrales para acceder al más alto nivel de salud reproductiva. Esto incluye el acceso a información sobre reproducción asistida y adopción.

Las autoridades adoptarán medidas para garantizar la autonomía reproductiva y una vida libre de violencia obstétrica.

Queda prohibida la esterilización involuntaria o cualquier otro tipo de método anticonceptivo forzado

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es, de acuerdo con el Gobierno de la Ciudad de México:

[...] un derecho humano garantizado a las mujeres de la Ciudad de México y un servicio médico al que toda mujer tiene derecho, si desea interrumpir el proceso de gestación.

Es una práctica voluntaria que debe realizarse bajo condiciones legales y médicas específicas que resguarden la integridad de la mujer; es decir, contar con las condiciones higiénicas necesarias, la tecnología y los métodos adecuados, así como realizarse por personal médico y de enfermería capacitado. (SEMUJERES, s.f.)

Aunque se tenga un marco jurídico que respalde a las mujeres es importante tener en cuenta lo expuesto en la tesis “Aborto con medicamentos: experiencias de mujeres en Guanajuato y la Ciudad de México” presentada por Claudia P. Cabello Montaña (2020) para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. Ella se plantea como objetivo hacer una comparación de los dos estados de la República Mexicana de los que se habla en el título contrastando los dos panoramas de las experiencias que han tenido las mujeres al abortar con medicamentos, debido a ello asegura lo siguiente:

El aborto es ante todo una experiencia personal, por lo que concebirla únicamente desde la dimensión de lo jurídico limita la posibilidad de visualizar las distintas realidades que enfrentan las mujeres, las relaciones de poder a las que se enfrentan y las desigualdades que conllevan (2020, p.46).

De ahí que surge la importancia de no solo tener en cuenta que la ILE esté en un marco legal, sino que se debe garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la misma, sin importar su condición social, económica y etaria. La inaccesibilidad que enfrentan algunas mujeres para lograr la ILE genera que en ocasiones se sometan a remedios caseros o incluso a ingerir medicamentos sin supervisión médica, lo que genera que algunas veces las mujeres mueran en el intento de abortar. De acuerdo con Karina Almaraz (2018)

[...] se han encontrado con casos de mujeres que comentan que acudirán con el mismo médico con que abortó alguien cercana “porque la cicatriz le quedó muy bonita”, es decir, hay mujeres que son sometidas a cirugías cuando el aborto es un procedimiento que no las requiere.

También ha conocido de casos de mujeres que directamente usan métodos que las ponen en riesgo, como el uso de hierbas que se introducen vía vaginal y que podrían llegar a causar infecciones.

Resulta muy difícil obtener cifras exactas de la práctica del aborto clandestino. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como “un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos” (2021).

El Instituto Guttmacher a través del Colegio de México hizo una publicación en 2009: “Aborto inducido en México” con cifras de este fenómeno; aunque no tenemos datos más actuales, con la investigación del instituto podemos darnos una idea de los riesgos que trae consigo el aborto clandestino. También algo interesante es que esta investigación se llevó a cabo en México dos años después de la despenalización del aborto:

La penalización del aborto no evita su práctica. Se estima que la mitad (54%) del total de embarazos no planeados en México se resuelve mediante un aborto inducido, a pesar de las restricciones legales.

Esto se traduce en alrededor de un millón (1,026,000) de abortos inducidos cada año, lo que representa una tasa estimada de 38 por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2009. Las estimaciones de aborto por edad (que por primera vez se generan para

el caso de México) muestran el patrón esperado: la tasa más elevada se observa entre las mujeres de 20–24 años (55 por 1,000 mujeres en ese grupo de edad); y desciende gradualmente con la edad.

Un aborto clandestino generalmente es inseguro. Las cifras de atención hospitalaria revelan la carga que representan los abortos para la salud de las mujeres y para las instituciones: en 2009, solamente en los hospitales públicos, unas 159,000 mujeres mexicanas fueron atendidas por complicaciones derivadas de abortos inducidos.

Se estima que más de un tercio (36%) de las mujeres que tienen abortos inducidos desarrollan complicaciones que requieren atención médica. La proporción más alta con complicaciones asociadas al aborto inducido—45%—corresponde a las mujeres rurales pobres.

Una de cada cuatro mujeres mexicanas que sufren complicaciones no reciben la debida atención, lo que las hace especialmente vulnerables a sufrir consecuencias debilitantes para su salud (p.4).

Legalmente la ILE es un derecho que debe estar garantizado por el Estado, sin embargo, también se debe tener en cuenta que los servicios que debería proporcionar la Secretaría de Salud deben ser seguros y confiables, pues de acuerdo con la OMS:

Las consecuencias sobre la salud de un aborto inseguro dependen de los centros de salud donde se realiza el aborto, la capacidad del profesional que realiza el aborto, el método de aborto empleado, la salud de la mujer y la edad gestacional del embarazo. Los procedimientos del aborto inseguro pueden implicar la inserción de un objeto o sustancia (una raíz, una ramilla o un catéter o un brebaje tradicional) en el útero, la dilatación y el curetaje hechos en forma incorrecta por un profesional no capacitado, la ingesta de sustancias dañinas y la aplicación de una fuerza externa. (2012, p.19).

Además, la muerte no es la única que se puede destacar como consecuencia de la ILE sin atención y orientación adecuadas, pues también siguen existiendo consecuencias legales para quien lo hace después de las 12 semanas (únicamente pueden abortar hasta las 20 semanas en caso de violación). De acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2018) de enero de 2007 a diciembre de 2016 había 894 procesos penales por aborto reportados por procuradurías o fiscalías en CDMX.

Aún con todos los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres día con día para acceder a la ILE, es posible observar que las mujeres que han logrado acceder al

servicio de salud han generado de manera directa o indirecta que la perspectiva que se tenía del tema algunos años atrás vaya cambiando, es así que:

Uno de los resultados de la despenalización ha sido un cambio paulatino de actitud por parte de las mujeres, que ahora ven cada vez más la interrupción legal del embarazo no como pecado o algo vergonzoso, sino como un derecho, y la prestación de los servicios de aborto de calidad, como una obligación por parte del Estado (Ortiz, 2014, p.12).

Así, la ILE es cada vez más un tema del que se habla de manera más abierta en la sociedad, por lo que la importancia de que se despenalice en todos los estados del país es fundamental para que todas las mujeres puedan tener acceso a este servicio sin que existan limitantes legales. De acuerdo con la tesina para obtener el grado de maestra en periodismo y asuntos públicos, Diana Amador (2017) presenta su investigación que lleva por nombre “Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México; entre el estigma y la desigualdad”, en la cual se muestra a través de dos historias de mujeres (María José y Martha), las cuales en contextos distintos (económicos y sociales) deciden abortar, la primera en un hospital público y la segunda en una clínica particular, de tal manera que cada una de las historias tiene características que hacen completamente distinta la experiencia de abortar en la Ciudad de México. Destaca la atención que recibió María José en el hospital público:

Los servicios de salud públicos no son reconocidos por su calidez y afabilidad, al menos no en México y aún menos en esta ciudad. Las salas de espera son oscuras, las sillas rotas y desgastadas por el uso, el frío de las manos de la enfermera que te guía de un lado al otro del consultorio traspasa la delgada tela de las batas descoloridas. “Abre las piernas”, le dice la enfermera a una de las pacientes, “pero después de esto, saliendo de aquí lo que tienes que hacer es aprender a cerrarlas” (Amador, 2017, p.10).

De hallazgos como el anterior surge la necesidad de indagar sobre las trayectorias de atención de mujeres que han acudido a la ILE, pues consideramos que de sus experiencias hay todavía mucho que aprender para mejorar la atención de la ILE en la Ciudad de México.

Que las mujeres tengan acceso a la ILE cuando tienen un embarazo no deseado depende, entre otras cosas, que tengan conocimiento que pueden abortar y de manera gratuita en las clínicas que brinda atención la Secretaría de Salud en la

Ciudad de México. Sin embargo, hasta hace unos años, en 2017, Diana Amador aseguró:

Actualmente no existe una campaña masiva del programa de ILE en la Ciudad, no existen espectaculares o grandes carteles, aunque cuentan con un sitio de internet con toda la información necesaria para las usuarias. Pero no todas las mujeres tienen acceso a internet (p.12).

Antes de tener acceso a la ILE, las mujeres tienen la decisión de llegar o no a acceder al servicio, aunque lo cierto es que:

Las mujeres seguirán abortando, pero no necesariamente todas lo aceptarán como una elección fuera de culpas morales. Y en este tenor, se argumenta que la legalización del aborto por voluntad de la mujer no incita a todas a que lo hagan, esta es una opción sólo para quien desee interrumpir su gestación y para quienes viven emergencias obstétricas relacionadas a las pérdidas involuntarias, a fin de que no sean criminalizadas al momento de llegar a una institución pública; ya que la salud es un derecho humano que el Estado está obligado a garantizarlo (Degante,2014, p.27).

Alma Degante, realizó la tesis que lleva por nombre “Embarazos que se caen y se tiran. Representaciones del aborto en un pueblo nahua de la sierra de Zongolica”, en la cual el objetivo fue analizar el aborto a través de la normatividad comunitaria existente en Tehuipango Veracruz, por lo que en el trabajo se muestra cómo dentro de algunas comunidades se da una reconfiguración del aborto, basada en la cultura normativa que rige a las comunidades.

Actualmente existen asociaciones como El Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA (Mujeres, Aborto, Reproducción, Información y Acompañamiento), que se creó el 28 de mayo de 2009 y brinda apoyo financiero, emocional y logístico a mujeres que tienen dificultades para tener acceso a los servicios de la Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. El Fondo MARIA es el primer Fondo de Aborto en América Latina y es miembro de la Red Nacional de Fondos de Aborto de Estados Unidos —NNAF, del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro— CLACAI y el Pacto Nacional por la Vida, la Libertad y los Derechos de las Mujeres.

En Fondo MARIA tiene como misión:

[...] contribuir a la construcción de un contexto social que reconozca y apoye a el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, facilitando el acceso efectivo a un aborto seguro a través de información, apoyo económico y acompañamiento para empoderar (s.f).

La existencia de asociaciones que brinden este apoyo a las mujeres que cuentan con poca información o en su caso con escasos recursos económicos, es una de las opciones a las que las mujeres pueden acceder en caso de que tengan complicaciones si se decide interrumpir el embarazo en alguna de las clínicas en las que se brinda el servicio de manera gratuita, pero además nos da otra posible línea de investigación, debido a que se debería garantizar el acceso a la ILE sin importar la condición socioeconómica.

En 2007 se legalizó en la Ciudad de México la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta antes de las 12 semanas (en abril de 2021 se extendió hasta las 20 semanas en caso de violación). Desde que se legalizó la ILE, se abrieron espacios en clínicas y hospitales de la CDMX para que las mujeres accedan “a servicios médicos de calidad, gratuitos, equitativos, igualitarios y con perspectiva de género” (El Financiero,2021). A continuación, se muestra la tabla 3 donde se ubican las unidades en las que se brinda el servicio de la ILE en la Ciudad de México:

Tabla 3. Total de ILE realizadas en CDMX por alcaldía de 2007 al 28 de febrero 2022

Unidad Médica	Alcaldía	Colonia	Total de ILE realizadas
H.M.P Xochimilco	Xochimilco	Xaltocan	7758
H.M.I Cuauhtémoc	Gustavo A. Madero	Cuauhtémoc de Madero	7129
H.M.I Cuajimalpa	Cuajimalpa de Morelos	Pueblo de Axotla	4345
H.M.I Magdalena Contreras	La Magdalena Contreras	Lomas Quebradas	1086
H.M.I. Dr. Nicolás M. Cedillo	Azcapotzalco	Francisco Villa	11571

H.M.I Tláhuac	Tláhuac	La Habana	6991
H.M.I Topilejo	Tlalpan	San Miguel Topilejo	576
H.M.I. Inguarán	Venustiano Carranza	Felipe Ángeles	7252
H.E. Dr. Belisario Dominguez	Iztapalapa	San Lorenzo Tezonco	2544
H.G. Dr. Enrique Cabrera	Álvaro Obregón	Ex hacienda de Tarango	10862
H.G. Balbuena	Venustiano Carranza	El Parque	599
H.G. Iztapalapa	Iztapalapa	Reforma Política	1865
H.G. Milpa Alta	Milpa Alta	Santa Cruz	3498
H.G Ticomán	Gustavo A. Madero	La Purísima Ticomán	10179
H.G. Dr. Gregorio Salas	Cuauhtémoc	Centro	465
H.G. Ajusco Medio	Tlalpan	Miguel Hidalgo 4ta Secc	2658
C.S.T III Beatriz Velasco de Alemán	Venustiano Carranza	Michoacana	75010
C.C Santa Catarina	Iztapalapa	Miguel de la Madrid	31661
C.S.T III México España	Miguel Hidalgo	Mariano Escobedo	29330
C.S Dr. Juan Duque de Estrada	Venustiano Carranza	Moctezuma 2da Secc	18743
C.S.T Cuajimalpa	Cuajimalpa de Morelos	Las Tinajas	1828
Clínica Integral de la Mujer Hermila Galindo	La Magdalena Contreras	Huayatla	241
C.S TIII Miguel Hidalgo	Miguel Hidalgo	Tláhuac	2

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Es posible identificar a través de la Tabla 3 que hay algunas alcaldías que cuentan con más de una unidad médica que brinda el servicio de la ILE, como es el caso de las alcaldías Gustavo A. Madero, Cuajimalpa de Morelos y Venustiano Carranza, siendo en una de las clínicas de esta última alcaldía en donde se ha realizado el mayor número de ILE hasta febrero del 2022 con 75,010. Aunque son 23 las unidades médicas, hay alcaldías en las que no se cuenta con alguna unidad, como es el caso de la alcaldía Coyoacán.

De acuerdo con el informe publicado por el Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo (informe preliminar), de 2007 a febrero de 2022 se han realizado 246,193 ILE en la Ciudad de México, siendo el 2013 el año en el que hasta el momento se ha realizado el mayor número con 20,765.

En la siguiente gráfica se puede observar la variación de las ILE realizadas a través de los años:



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Por otro lado, en cuanto a la edad de las mujeres que han accedido a la ILE se destaca que el mayor porcentaje tiene entre 18 y 24 años de edad, de ahí que hemos decidido profundizar en las trayectorias de atención de mujeres en este rango de edad como explicaremos en la metodología.

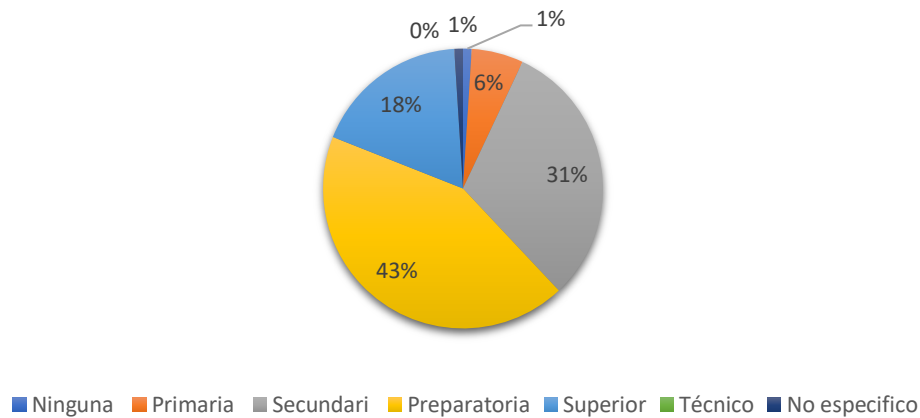
Tabla 4. Edad de las usuarias de la ILE

Grupo de Edad	%
11-14	1
15-17	5
18-24	46
25-29	24
30-34	14
35-39	8
40-44	3
45-54	0.2
<55	0
N/E	1

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Como se observa en la Gráfica 2, la escolaridad de las usuarias atendidas es en su mayoría de nivel preparatoria, lo que nos lleva a pensar en que las mujeres que no cuentan con ningún nivel educativo probablemente no tengan acceso a la ILE porque no saben que existe. A continuación, se presenta la gráfica en la que es posible identificar que el porcentaje de las mujeres que no tenían ningún grado de escolaridad, es el mismo que el de las mujeres que no especificaron el grado escolar, ambos representan el 1% respectivamente siendo este el porcentaje más bajo. Podemos interpretar que los bajos niveles de educación están relacionados con el acceso a la información de la ILE y por ende sus derechos sexuales y reproductivos se ven mermados por esta desinformación.

Gráfica 2. Porcentaje del Nivel Educativo de las usuarias atendidas en servicios de la ILE



Gráfica: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

La mayoría de las mujeres que han accedido a la ILE se dedican al hogar (30.4%) y el menor porcentaje son obreras (0.2%), sin embargo, las estudiantes representan el 24.4% y si entendemos que el rango de edad en la que se tiene vida escolar es entre los 13 y 25 años aproximadamente, podemos reconocer que el porcentaje de esta última ocupación es casi de una cuarta parte del 100% que se relaciona con la edad que hemos elegido para esta investigación.

Tabla 5. Porcentaje por ocupación de las usuarias de la ILE

Ocupación	%
Hogar	30.4
Estudiante	24.4
Empleada	28.58
Comerciante	5.5
Profesionista	0.7
Obrera	0.2
Doméstica	0.5

Otra	2
Desempleada	5.4
Técnico	2
No específico	0

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Para realizar la ILE se ofrecen tres procedimientos que son 1) el legrado Uterino Instrumentado, 2) la aspiración y 3) medicamento.

Tabla 6. Métodos clínicos para realizar la ILE

Aborto con el uso de medicamentos	Aspiración Endouterina (AMEU)	Legrado Uterino
Es un método en el que se toman o aplican pastillas para expulsar los contenidos del útero. Este procedimientos se practica, generalmente, hasta la semana nueve de embarazo. Con este procedimientos se presenta un sangrado que dura algunos días hasta que se completa la expulsión	Consiste en extraer el contenido del útero por succión suave, utilizando una cánula que se introduce en el cuello uterino. Regularmente se utiliza anestesia local para este procedimientos y su resolución concluye el mismo día de la consulta. La aspiración endouterina puede practicarse con mayor seguridad hasta las 12 semanas de embarazo	Actualmente es obsoleto y se asocia a mayores costos para el sistema de salud por el requerimiento de un ambiente quirúrgico y manejo anestésico especializado; conlleva mayor riesgo de complicaciones, tales como las asociadas al procedimiento anestésico, laceraciones cervicales, perforación uterina y el desarrollo de sinequias uterinas o síndrome de Asherman, por lo que no se justifica en el manejo del aborto
Eficacia: 95% a 98% de eficacia usando el régimen combinado: misoprostol, durante el primer trimestre del embarazo	Eficacia: 98 % de eficacia durante el primer trimestre del embarazo	Eficacia: Sin información

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la Secretaria de las mujeres en Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México

Hasta febrero de 2022, se habían realizado 246,193 procedimientos, de los cuales el procedimiento a través de medicamentos ha sido el más utilizado como se muestra en la siguiente Tabla 7:

Tabla 7. Tipo de procedimiento realizado para la ILE

Medicamento	193966
Aspiración	49186
Legrado Uterino Instrumentado	3041

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Por su parte, en la Tabla 8 se observa que la mayoría de ILE se han realizado antes de las cuatro semanas de embarazo, pero es importante destacar que más del 50% de las ILE se realizan entre las 5 y las 9 semanas de embarazo.

Tabla 8. Porcentaje de las semanas en las que se ha realizado la ILE

Semanas	%
<4	21.4
5	11.3
6	15.3
7	17.1
8	12.4
9	9.2
10	6.2
11	4.5
12	1.4
N/E	1.2
Total	100

Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar", disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

A pesar de que las cifras muestran que las mujeres acceden a la ILE, esta práctica sigue permeada por creencias éticas y morales que tienen un peso importante al

momento de que las mujeres deciden abortar, además la información del programa tiene un papel decisivo para su acceso.

De acuerdo con el GIRE “la criminalización del aborto es la materialización de la idea de que la maternidad es la función obligatoria de las mujeres; idea que continúa permeando no solo la cultura, sino todas las instituciones del Estado y que representa una violación a los derechos humanos” (GIRE, 2018, p. 36).

Una discusión más gira en torno a la responsabilidad del Estado, existe oposición de parte de un sector de la población que opina que no deberían pagar un aborto con sus impuestos, puesto que se cree que esto se puede evitar y que es la total responsabilidad de la mujer enfrentar un embarazo no deseado, sin embargo, tomemos en cuenta que la ILE es una cuestión de salud pública, que involucra varios aspectos como se menciona a continuación:

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Para que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y para avanzar hacia la satisfacción progresiva de los derechos humanos, se debe ofrecer a todos una atención de salud de calidad que incluya servicios de atención integral para el aborto. Estos servicios abarcan la información, la atención para el aborto y atención postaborto. La falta de acceso a una atención para el aborto segura, asequible, humana y oportuna pone en riesgo no solo el bienestar físico, sino también el bienestar mental y social de las mujeres y las niñas (OMS, 2021).

Capítulo I. Marco teórico: la conceptualización de la interrupción del embarazo como problema público

1.1 La definición teórica de un problema público

Este capítulo es una reflexión sobre cómo se ha definido el aborto como problema público a través de distintas esferas de la sociedad, como la religiosa, la moral, la política, y sobre todo con ayuda conceptual, cómo se define un problema público.

Para nosotras como investigadoras ha sido necesario comenzar este trabajo con base en la reflexión sin dejar de lado la ayuda conceptual que significa la revisión de autores que nos ayudarán a discernir la complejidad de la cual está hecho un problema público en nuestro país. Hay sinfines de demandas hechas por la población que tienen su razón de ser y su propia visión de la realidad, pero en lo que respecta a las mujeres las demandas se han configurado a través de un marco cultural, político y social. El replanteamiento del rol de las mujeres en la sociedad es nuestro punto de partida en este capítulo, es decir, nos referimos a la reflexión profunda para llegar a la acción del papel que las mujeres hemos tenido en la sociedad.

El papel de las mujeres en la sociedad ha sido sinónimo de cuidado, maternidad y sumisión, se le otorgan actividades “de acuerdo” a su género como la responsabilidad de deberes domésticos y como un instrumento de reproducción, quedando relegada al hombre en la sociedad, así sus pasiones, su libertad de elección e inclusive su libertad sexual ha sido menoscabada por este rol dado desde la antigüedad hasta nuestros tiempos, lo mencionamos así refiriendo a Federico Engels en 1884:

[...] Pero en realidad, esta reprobación nunca va dirigida contra los hombres que lo practican [el heterismo], sino solamente contra las mujeres; a éstas se las desprecia y se las rechaza, para proclamar con eso una vez más, como ley fundamental de la sociedad, la supremacía absoluta del hombre sobre el sexo femenino (p.88).

Con esta pequeña cita, podemos evidenciar que el papel de la mujer ha devenido en una subordinación a lo largo de la historia en todas las esferas sociales, se podría decir que hasta esta fecha en la que se escribe este trabajo, la pugna de las mujeres

por la libertad alejada del cuidado del hombre como máximo padre, continúa incesante.

Por lo anterior, es necesaria una reflexión de la posición que la mujer tiene para nuestra sociedad y sobre todo cuestionarnos si actualmente elegimos “libremente” o simplemente se nos han otorgado derechos a través de una socialización patriarcal, la cual hace que en el ejercicio de sus decisiones interiorice estas ideas de responsabilidad y maternidad desde un rol de sumisión y una posición de menor poder.

En lo que respecta a la ILE, la decisión de la mujer por abortar está mermada por esta educación, rol y cohesión por la sociedad:

La decisión de abortar no es tomada de forma única y unilateral por las mujeres, pues su sexualidad no siempre es controlada por ellas. El aborto se vincula con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres y sus consecuencias reproductivas, por lo que socialmente se concede optar por esta práctica como un privilegio privado en lugar de que se construya como un derecho público (Taxis & Salazar, s.f., p. 28).

Gracias a que muchas mujeres se han cuestionado este rol ha nacido esta pugna por una vida digna y libre, esto da paso a una necesidad, así un problema surge de una necesidad, alguna angustia, descontento que experimente alguna parte de la ciudadanía, de acuerdo con Aguilar (1993) a través de esta necesidad se genera una demanda en este paso se considera un problema público, sin embargo, nos dice el autor que no todo problema es público y no todo problema público puede ser atendido, es decir, no podemos dejar que la ciudadanía defina el problema público. Se debe enseñar a la sociedad que sí puede atender el gobierno y qué no puede atender, lo anterior se puede lograr ordenando las preferencias y disminuyendo las expectativas. El problema debe de estar dentro de la legitimidad y la capacidad gubernamental, es importante el consenso político ciudadano.

Si bien se llevó a cabo investigación documental para conocer cómo se conceptualizó el aborto como una problemática para su atención en la agenda gubernamental, no se encontró ningún programa del Gobierno de la Ciudad de México que lo enunciara de tal modo, sabemos que es un problema público por la pugna de varios grupo de mujeres (feministas) para su atención, esta pugna no

estaría completa si no existieran grupos que se opusieran a la atención del aborto, grupos denominados de choque, como los grupos pro-vida.

El objetivo de enunciar brevemente esta disputa entre estos dos grupos es dado por la necesidad de saber cómo se ha configurado el problema del aborto en la Ciudad de México:

[...] ya que pareciera que la comprensión de cómo se presentan los problemas, se entiende desde los factores técnicos a partir de su posible solución, diseño e instrumentación, más no de la comprensión del qué derivó que una situación problemática del mundo fuera presentada y abordada —con implicaciones de posibles soluciones— de cierta forma, y no de otra (Martínez, 2021, pág. 12).

A continuación, exponemos puntos clave en este choque de demandas, que como veremos, no solo son demandas jurídicas sino ideológicas, morales, religiosas, culturales y políticas, en palabras de Margarita Dalton,

Es un tema polémico porque tiene que ver con la reproducción humana, con la vida humana en el planeta. Y esa reproducción sucede en el cuerpo de las mujeres. Son ellas quienes nutren desde el útero a una semilla que se puede o no desarrollar en ser humano. Es sin duda un poder excepcional el que tiene la mujer en un mundo donde las leyes están hechas por los hombres (2005, p. 7).

Por un lado, es necesario clarificar qué entendemos por feminismo y cuál es su papel en esta investigación. Si partimos del concepto que ofrece Isabel Pérez (2019), investigadora de la UNAM, aseguramos que el feminismo es “una corriente de pensamiento que reúne un conjunto de movimientos e ideologías, tanto políticas como culturales y económicas que busca lograr la equidad de género y la transformación de las relaciones de poder entre ambos sexos”.

Por motivos de tiempo no se hará un viaje histórico de cómo nacieron estos grupos, ya que esto supone rastrear las pugnas inclusive antes de que la palabra “feminista” se acuñara, pero lo que sí podemos hacer, y como ya se ha mencionado, es seguir la línea más próxima de este grupo en México y cómo el aborto se volvió el eje de esta lucha

En 1976, seis grupos se juntaron para formar la Coalición de Mujeres, el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM), Marta Lamas nos cuenta:

La Coalición presentó un proyecto de ley feminista sobre aborto, que es llevado con una manifestación a la Cámara de Diputados y entregado a los representantes del PRI, puesto que no había miembros de la izquierda. El licenciado González Guevara recibió a la comisión feminista, pero el PRI no dio una respuesta oficial. De 1977 a 1981 la campaña por conseguir la legalización del aborto se vuelve el eje central de lucha de todos los grupos feministas (1992, p.12).

A partir de este enfoque feminista, existen activismos feministas que pugnan por la libre decisión por parte de las mujeres respecto a sus derechos reproductivos y sexuales, es decir, elegir sobre su cuerpo.

Por otro lado, existen grupos que expresan su oposición respecto al activismo feminista:

tenemos así al activismo conservador que en este el avance de los derechos sexuales y reproductivos y la despenalización del aborto son considerados como una afrenta al “orden natural” e incluso leídos como característica de la llamada cultura de la muerte (Vaggione, 2012, p. 57).

Estos grupos sustentan su lucha en lo religioso, para la iglesia católica es un pecado grave que la mujer atenta sobre este “orden natural”, puesto que se cree que son designios de Dios que un hijo llegue o no a la vida de las mujeres y sobre todo que embarazarse es “una bendición”.

Si partimos de la idea que todo problema público es una construcción social, y de una discusión entre diferentes actores se puede demandar una situación en concreto, también existen actores que no están de acuerdo con dicha demanda, pero en el tema del aborto es interesante porque estos actores están defendiendo una idea de moral que se contrapone, con los derechos humanos, mismos que deben ser respetados por cada Estado y sus niveles de gobierno.

Podemos concluir que, entre todos estos actores, la cultura, la sociedad, la moral y la religión son testigos y a la vez actores de dos posturas según Vaggione (2012, p. 57):

[...] del lado de los activismos feministas, la defensa del derecho a la vida desde la concepción limita las capacidades de decisión sobre el propio cuerpo y su reproducción y, por el lado del activismo conservador, el avance de los derechos sexuales y reproductivos y la despenalización del aborto son considerados como

una afrenta al “orden natural” e incluso leídos como característica de la llamada cultura de la muerte.

En 1994 por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en donde se estableció que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer eran temas de suma prioridad. Ante lo establecido en la CIPD:

las comisiones de la Santa Sede buscaron frenar el avance del que llamaron el “esquema feminista”, por un lado, criticando el uso de la categoría “género”; y por otro, intentando imponer una base teológica acerca de la educación sexual, los derechos reproductivos y la igualdad (Ramírez, 2021, p. 413)

Las organizaciones feministas y los organismos internacionales declararon que una iglesia no puede monopolizar la ética y la moral (Lamas, 2021) y dieron prioridad a la postura laica. Esto también desató una polémica la cual se intensificó cuando “la Iglesia católica a través de sus alianzas con diversos estados nacionales y organizaciones religiosas dio origen a un activismo conservador vigente hasta nuestros días” (Vaggione, 2012, p.64).

En lo político, sin dejar de lado lo religioso, hacemos un salto cuántico, después que en el 2007 se aprobó la supresión de penas para las mujeres que tomaran la decisión de abortar dentro de las primeras doce semanas, el Partido Acción Nacional (PAN), que desde sus inicios hasta la actualidad se considera un partido de derecha y con tintes conservadores, se opuso a esta nueva ley. Por lo que tomaron acciones al respecto:

La postura que asumió el PAN en la lucha por la no despenalización del aborto en el Distrito Federal. Como parte de una amplia red de actores sociales que se manifestaron en contra de la aprobación de las más recientes reformas en esta materia, tanto los panistas del gobierno federal, como los legisladores y dirigentes del PAN en la ciudad de México se involucraron en una disputa pública defendiendo una errónea concepción sobre la laicidad del Estado mexicano. Con su postura, Acción Nacional simplificó la problemática en torno al aborto sobre la base de tesis moralizantes y fungió como el catalizador de una nueva embestida de los católicos conservadores contra el Estado laico (Hernández, 2011).

Se conoce a México por ser un país católico, denominado Guadalupano, esto es un rasgo de suma importancia a la hora de la toma de decisiones políticas, no se ha separado la creencia de lo laico del Estado. Parece ser que lo religioso, la vida social y cultural de nuestro país es inseparable de lo católico. Para ejemplificar, hay fechas

importantes socialmente marcadas por la religión, a la cual tanto lo laboral, como lo cotidiano y lo escolar están adheridas: la Semana Santa, el 12 de diciembre cuando se celebra a la Virgen de Guadalupe, la Navidad, etc. Sabemos que esto puede tener una visión cultural, pero en temas como el aborto no solo tiene que ver con lo cultural, sino con lo político que con base en ello se da una supresión a los derechos humanos de las mujeres, entonces parecería ser que lo cultural y moral se encuentran entrelazados para ciertos fines y arbitrariamente.

Todo lo anterior mencionado es travesado por lo político, conviene verlo de esta manera dado que toda esta polémica alrededor del aborto determina la configuración que tendrá en el andamiaje de las políticas públicas para su atención, en este marco político se enuncian los derechos humanos, el rol de las mujeres en la sociedad y el pensamiento de la misma, si bien a través de esta lucha se ha conseguido que el aborto en la Ciudad de México sea legal, aún existen cabos sueltos dentro y fuera de la esfera política, uno de ellos es en el ejercicio de este derecho, dentro de la medicina y lo social las mujeres éstas han llevado la carga del cuidado y de la reproducción. Si bien existen métodos anticonceptivos para la mujer y el hombre, son más los programas de salud reproductiva que han centrado su atención en las mujeres no en los varones (Véase Anexo 5).

El Anexo 5 muestra que el número de anticonceptivos para las mujeres es muy alto en comparación con los varones, pues solamente hay dos métodos anticonceptivos para hombres mientras que hay siete para las mujeres. En su página web el Gobierno de México argumenta el por qué existen más métodos anticonceptivos para mujeres que para varones:

Pero... ¿es sólo cosa de mujeres? Aunque no es así, la mayoría de los métodos anticonceptivos, a excepción del preservativo masculino y la vasectomía, están dirigidos a la mujer, pues en ella recae con más fuerza el compromiso de tener que elegir y enfrentar las consecuencias de un embarazo no deseado (Gobierno de México, 2022).

Con lo anterior podemos evidenciar lo planteado, las mujeres tienen más responsabilidad en un embarazo no deseado que un hombre.

En materia de derechos humanos consideramos que estos han sido violados al forzar una maternidad no deseada o privar de los servicios a aquellas mujeres que deciden interrumpir el embarazo. La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) tiene como uno de sus objetivos principales salvaguardar los derechos de “la mujer”, teniendo como enfoque la discriminación, entonces es posible afirmar que los derechos de las mujeres son violados por homogenizar la situación de las mismas, es decir, toda aquella mujer que decida interrumpir el embarazo es objeto de recriminaciones, no solo sociales sino también penales; sin tomar en cuenta su situación socioeconómica, edad entre otras.

Otra discusión que hay respecto a la legalización del aborto es en el ejercicio de su práctica, debido a que el personal de salud anteriormente podía hacer uso de la objeción de conciencia cuando sus creencias se morales, éticas o religiosas se contraponían ante al servicio de la ILE, por lo tanto podían negarse a brindar el servicio.

La OC en México ha tenido una reforma importante en diciembre del 2021 gracias a la actuación de la CNDH, el artículo 10 Bis de la Ley General de Salud señalaba que el personal médico y de enfermería puede excusarse de participar en la prestación de servicios de salud, por lo cual “Luis Raúl González Pérez, en su calidad de Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, promovió acción de inconstitucionalidad en la que solicitó la invalidez del Decreto” (Diario Oficial de la Federación, 2021). En esta misma publicación, la CNDH pronunció como anticonstitucional el artículo mencionado:

[...] establece una restricción del derecho de protección a la salud que no se encuentra prevista en la Constitución Federal y que, además, se traduce en la vulneración de los principios de seguridad jurídica, legalidad y supremacía constitucional -ya que el Congreso de la Unión y la Secretaría de Salud no están habilitados constitucionalmente para establecer restricciones al derecho a la salud.

Küng *et al.*(2021) en su publicación llamada “*No queremos problemas*”: *motivos de la negación de servicios de interrupción legal del embarazo por objeción de conciencia en México y Bolivia*, muestra que:

La negación de servicios por OC es por la falta de conocimiento sobre las leyes relacionadas con el aborto y el temor a tener problemas jurídicos en la prestación de servicios de aborto. Los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo en estos entornos deben comprender y responder a estos principales motivos a fin de disminuir el mal uso de la OC. (p.11)

Abortar no es el problema *per se* sino toda esta cuestión social, política, moral, ética y religiosa que enmarca el problema público, también los derechos humanos de las mujeres han sido violentados a través de estas cuestiones mencionadas anteriormente:

En muchos países se violentan los derechos de las mujeres en relación con el aborto, en particular porque las leyes les exigen –contra su voluntad- el sacrificio de su libertad, autonomía, privacidad, dignidad, integridad corporal y vida futura, lo que se concreta en códigos penales que criminalizan el aborto y a quienes deciden recurrir a él (Taxis & Salazar, s.f., p. 28).

El reconocimiento de la criminalización existente del aborto, ha generado que se haga de este un problema público que afecta a las mujeres, de este modo es primordial una apropiada definición del problema, que en palabras de Luis Aguilar (1992) es necesario por lo siguiente:

La insistencia con la definición adecuada del problema público es porque debe ser un problema que perdure en el tiempo-espacio mientras más amplio sea el público inmerso en el problema mayor será la presión al gobierno y así este le preste atención (p. 24).

Se reconoce como problema público la ILE, por lo que definir el concepto de lo que es un problema público dentro de la política pública es primordial, por ello se describe Luis Aguilar (1993) a continuación:

Un problema público dentro de las políticas públicas, son las situaciones sociales que llamamos de interés público, beneficio público, necesidad pública, o que calificamos como situaciones injustificables de inequidad, represión, inseguridad, discriminación, pobreza, y que consideramos que el gobierno debe intervenir para atender y modificar (p.32).

También recuperamos la definición de Gusfield (1981) citada por Meny y Thoening (1992): “Un problema público es una construcción social, un hecho cultural que obedece a una estructura cognoscitiva y moral” (p.120).

Cuando un problema público se reconoce como tal, acontece lo siguiente:

Un problema público es socialmente asumido: se genera un proceso de responsabilización por parte de tal o cual segmento de la sociedad. Un grupo determinado decide que un problema es acreedor a una intervención pública porque dicho grupo tiene capacidad, autoridad para promoverlo como tal (Meny y Thoening, 1992, p .20)

Como se mencionó anteriormente, tenemos un acercamiento a una definición del aborto y cómo lo concibe el Gobierno de la CDMX, esta breve definición abona al saber del aborto y cómo está circunscrito a la ley y a la salud pública.

Este apartado nos ayuda a vislumbrar por qué la ILE, aunque atendida, sigue siendo un problema público que necesita de varios instrumentos institucionales para su ejercicio pleno, pero también nuestro objetivo es dar a conocer que si bien existen definiciones del aborto que nos dan paso a entender al aborto, se necesita una definición más amplia no solo legal o médica sino que se tomen las herramientas de las disciplinas que nos han ayudado a entender al aborto, no solo como un problema de salud pública, sino como un problema político, cultural y social.

1.2. ¿Qué es la implementación en las políticas públicas?

En el apartado anterior, se abordó cómo se define un problema público y su relevancia para poder ser atendido adecuadamente en el caso de la ILE por el Gobierno de la Ciudad de México.

El análisis de la ILE puede tocarse desde distintas perspectivas, en esta investigación y este nos centramos en la implementación del programa de la Interrupción Legal de Embarazo en la Ciudad de México, para esto es necesario clarificar varios conceptos que nos ayudarán a su comprensión.

Al centrarnos en la implementación del programa de la ILE, es necesario definir también la etapa de la implementación en la política pública, por lo que siguiendo a Meny y Thoening (1992) la definen como: “La implementación designa la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o discursos. Poner en práctica, ejecutar, dirigir, administrar” (p.158).

Es decir, la implementación es la acción del programa, conocer cómo opera la ILE en la Ciudad de México, a través de las historias de vida de algunas mujeres, nos

ayudará a hacer una evaluación del programa en la realidad, sus limitaciones y alcances y sus retos a futuro.

1.3. La Organización Mundial de la Salud y el reconocimiento a la ILE como un servicio digno

La OMS trabaja a favor de los derechos humanos que tienen como base la salud, esta organización de suma importancia se ha pronunciado a través de diversas publicaciones; no solo a favor del aborto sino a su adecuada acción a la luz del respeto por aquellas mujeres que deciden practicarlo.

No solo ha definido qué es el aborto seguro, sino que ha publicado un Manual de práctica pública para un aborto seguro el cual, como veremos más adelante ayuda a algunas clínicas y/u hospitales a la acción segura de este servicio.

En un comunicado de la Organización Mundial de la Salud (2022) se menciona desde una perspectiva médica, que el aborto seguro es:

fundamental que el aborto sea seguro desde el punto de vista médico, pero eso no es suficiente por sí solo. Al igual que con cualquier otro servicio de salud, la atención al aborto debe respetar las decisiones y necesidades de las mujeres y las niñas y garantizar que sean tratadas con dignidad y sin ser estigmatizadas ni juzgadas. Ninguna persona debería estar expuesta a abusos o perjuicios como ser denunciada a la policía o encarcelada por haber solicitado o prestado atención para un aborto.

Este tipo de organismos como lo es la OMS vigila que el aborto sea un servicio digno, libre y gratuito no solo en la Ciudad de México sino el resto de países que haya despenalizado la interrupción del embarazo.

Capítulo II. La implementación de la ILE en la Ciudad de México; procedimientos y prestación de servicio

En este capítulo se abordarán, los distintos documentos legales en los que se sustenta el programa de la ILE, así como el papel que tiene Ipas (organización civil que se encarga de dar acompañamiento a las mujeres para acceder a un aborto seguro) y la consejería que brinda al personal de salud de los servicios públicos en la CDMX, esto con la finalidad de vislumbrar cómo es que se buscan alternativas ante los vacíos que existen en el programa de la ILE.

De acuerdo con el Código Penal Federal (2011), las mujeres pueden abortar hasta antes de las doce semanas según se establece en el artículo 330, mismo que indica lo siguiente:

La mujer tiene el derecho y la libertad de decidir sobre su cuerpo y practicarse un aborto siempre y cuando sea realizado antes de las doce semanas de gestación. Las instituciones de salubridad públicas y privadas no podrán negarse a practicar el aborto dentro del término señalado, en caso contrario serán acreedoras a una multa de tres mil salarios mínimos vigentes. [...]

Para hacer válido el artículo anterior, en la CDMX se encuentra en funcionamiento el programa de la ILE que sustentado en la Ley de Salud de la Ciudad de México 2021, se entiende para efectos de esta como Interrupción Legal del Embarazo:

procedimiento médico que se realiza a solicitud de la mujer embarazada hasta la décima segunda semana completa de gestación, como parte de una atención integral basada en el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva en condiciones de atención médica segura; (p.7)

Asimismo, se reconoce a la Interrupción Voluntaria del Embarazo como:

procedimiento médico que a solicitud de la mujer embarazada realizan los integrantes del Sistema de Salud de la Ciudad de México, como consecuencia de una violación sexual, sin que la usuaria lo haya denunciado ante las autoridades competentes, lo anterior en términos de los previsto en la NOM-046-SSA2 y normativa aplicable; (p.7)

Así la ley de salud de la CDMX se respalda en la NOM-046-SSA2 que tiene como objetivo lo siguiente:

Establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos (p.6).

En esta norma se establece que se debe brindar una atención integral a las víctimas de violencia familiar y/o sexual, en el caso de la ILE se sustenta en ella debido a que en ocasiones las mujeres que acceden al servicio son víctimas de violencia sexual, es decir, el embarazo es producto de una violación.

En Agosto de 2021, se publicó la ley antes mencionada en la que se revocó la Ley de Salud del Distrito Federal y se expidió la Ley de Salud de la Ciudad de México, uno de los elementos a destacar en la nueva ley, para efectos de la IVE se votó en julio de 2021 en el Congreso de la CDMX que se eliminará el plazo de tiempo para poder interrumpir el embarazo, pues, anteriormente se podía acceder al servicio en caso de violación únicamente hasta las 20 semanas de embarazo, es decir, hasta los 5 meses aproximadamente. Esta modificación se realizó teniendo en cuenta que en los casos en los que se presenta una denuncia contra el agresor (que no es necesario presentarla para interrumpir el embarazo) el proceso de la misma es tardado, por lo que el tiempo no debe ser una determinante para poder interrumpir el embarazo (Navarrete,2021).

Si bien se reconoce que un embarazo en la CDMX se puede interrumpir, es preciso mencionar que un embarazo no planeado y/o deseado puede sobrevenir por circunstancias que en ocasiones no están en las manos de las mujeres. De ahí que es necesario tener el acceso a servicios dignos y seguros para interrumpir un embarazo, para esto es necesario que el Estado responda estas necesidades que enfrentan las mujeres. Diseñar un programa como el de la Interrupción Legal del Embarazo, como ya se mencionó anteriormente, ha estado lleno de una discusión social muy diversa. Pero finalmente se logró su aprobación en 2007, hoy en día se han realizado modificaciones que responden a las necesidades de las usuarias, es así como en 2008 se creó el “Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas”, en este se establece el qué y cómo debe ser la atención para las mujeres, tiene como objetivo:

Establecer los lineamientos normativos a los que se sujetará la práctica de interrupción legal del embarazo en las unidades médicas del primer nivel de atención y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, acorde con el artículo 144 y 148 del Código Penal y 131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, así como de Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal. (p.13).

El servicio de la ILE se brinda de acuerdo con el nivel de atención al que acudan las mujeres, para entender esto en la siguiente tabla se describen los niveles de atención que establece la Ley de Salud de CDMX:

Tabla 9. Niveles de atención que establece la Ley de Salud de la CDMX.

Nivel de atención	Descripción
Primer	Es el primer contacto con la población que brinda los servicios básicos de salud, en el que se realiza un diagnóstico anticipado ante las enfermedades que requieren una menor dificultad de atención
Segundo	Enfatiza el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de problemas de salud que requieren la intervención, programada o de urgencia, de alguna de las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y Cirugía General, su ámbito de acción es hospitalario y puede referir hacia el nivel en caso necesario. El segundo nivel debe contrareferir a la persona atendida hacia el primer nivel para su seguimiento y control ambulatorio, y
Tercero	Es el de mayor complejidad y especialización, enfatiza la limitación del daño y la rehabilitación, atiende las enfermedades más complejas y menos frecuentes, emplea alta tecnología y realiza investigación clínica. Su ámbito de acción es hospitalario y de alta especialidad. Debe contrareferir hacia los otros niveles de atención, cuando la situación del paciente que requirió de alta especialidad ha sido controlada o resuelta

Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por la Ley de Salud de la CDMX (p.8)

Como primer nivel de atención, tuvimos la oportunidad de asistir a la Clínica Comunitaria Santa Catarina que, de acuerdo con las estadísticas de 2007 a febrero de 2022, se encuentra en el segundo lugar como una de las clínicas que ha realizado un mayor número de ILE.

Acudimos a esta clínica porque en una de las entrevistas que vamos a analizar en el siguiente capítulo, la usuaria refirió que en esa clínica le habían brindado una atención excepcional. Con la finalidad de corroborar un poco la información,

decidimos asistir para conocer cómo es el proceso por el que pasan las usuarias para acceder a la ILE. En esta visita, el personal que labora accedió a brindarnos dos entrevistas (como se mencionó en la metodología) y por medio de éstas identificamos, que para brindar el servicio se basan en el “Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México” que elaboró el Gobierno de México y que está respaldado por la Organización Mundial de la Salud y publicado en junio de 2021 en el que se tiene como objetivo:

[...] establece los criterios básicos de atención en las unidades de salud de la Secretaría de Salud para las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo niñas y adolescentes, que requieran servicios de aborto seguro dentro del territorio nacional, tengan acceso a una atención oportuna, resolutive e integral, basada en la mejor evidencia científica disponible y con perspectiva de género y derechos humanos (p.5)

La clínica es de primer nivel de atención, por lo que pensaríamos que debía regirse por el “Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas (2008)”, pero es una controversia que se adopte el manual que mejor se adapte a las necesidades del servicio y se actualice para las mismas.

Por otro lado, en el hospital Materno Infantil Inguarán, que es de segundo nivel de atención, se apoyan del Manual “Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto” realizado por la organización sin fines de lucro denominada Ipas, el cual busca “fortalecer la atención en los servicios públicos de salud” (p.1). En este manual se muestran una serie de recomendaciones para que el personal de salud brinde un servicio y acompañamiento adecuado, asimismo se describen los métodos que recomienda la OMS para la Interrupción del Embarazo.

Así, comparando ambas clínicas que en principio no tienen el mismo nivel de atención, pero que a su vez no siguen ni siquiera los lineamientos que establece el gobierno de la Ciudad de México, nos encontramos con una discrepancia para la atención del programa de la Interrupción Legal del Embarazo. El hecho de que no se siga un manual de procedimientos que establezca el gobierno deja ver que, ante la falta de uno, cada unidad médica opta por buscar alguno que proporcionen otras instituciones de gobierno -como el federal- u organizaciones civiles.

Finalmente, ambas clínicas coinciden en que la organización civil que las capacita es Ipas, que se encarga de brindar orientación para que el servicio se brinde de manera oportuna; destacan que la consejería es fundamental para lograr una buena comunicación con la usuaria, entendiendo la consejería como: “técnica de comunicación que acerca información a la persona sobre sus derechos y su condición para que ésta tome decisiones voluntarias e informadas” (Ipas,2017, p.3). Recibir una información adecuada tiene un papel fundamental para que las usuarias decidan acceder o no a la interrupción del embarazo, si bien se habla en la ley de salud de la CDMX que las instituciones de salud deben poner a disposición de las mujeres los servicios de consejería, no se describen los procedimientos que harán que se logre una consejería adecuada.

2.1 Un acercamiento a las prestadoras del servicio público

En el trabajo de campo realizado tuvimos la oportunidad de entrevistar a la médica y la trabajadora social a cargo del servicio de la ILE en la clínica Comunitaria Santa Catarina, quienes nos brindaron su perspectiva acerca de la importancia del servicio, se destaca que es un derecho de las mujeres, pero finalmente no es un método anticonceptivo porque:

[...]aquí vienen muchas mujeres feministas, muchas [ríe] y muchas que dicen: “No, a mí me tiene que atender” desde la puerta, “A mí me dice la ley que me debe de atender”. Sí, no tenemos problema, pero tienes que ayudarme trayendo esto ok o que vengas dentro de una semana, o sí te apoyo, pero no lo hagas tan seguido, no por mí, por ti, porque la que finalmente la que se está tomando el medicamento eres tú, entonces muchas veces le digo sabes los factores de riesgo, prácticamente los riesgos son más elevados que cualquier método de planificación que tú quieras utilizar, siempre le digo es tu derecho, puedes venir sí, pero también aprende a cuidarte, lo mejor es cuidarse y evitar esta situación a toda costa, ya somos que el último medio [...]. (Maritza, 2022).

Concientizar a las mujeres de que, si bien pueden acceder a la ILE, por salud de cada una de ellas lo más conveniente sería tener un método de planificación familiar, pero es preciso reconocer que en ocasiones esa información no está al alcance de todas las mujeres por lo que acceder a la ILE es una opción pero recurrir a esta opción frecuentemente - puede ser un poco agresivo para nuestros cuerpos-

por lo que el papel que tiene el personal que ofrece la consejería es fundamental para el bienestar de las mujeres. En la clínica la Clínica comunitaria Santa Catarina, reconocemos que el personal está muy bien organizado y capacitado para brindar una atención de calidad, en la que se busca que las usuarias tengan el acceso al servicio el día que acuden siempre y cuando tengan la documentación completa, por lo que Laura la trabajadora social (2022), nos dijo en entrevista lo siguiente:

[...]somos un procedimiento legal entonces sí tenemos que pedir documentos y no es complicado que tengas tu INE, tu CURP y tu comprobante de domicilio, pero tenemos muchas pacientes que se topan con estas y ¡push! [haciendo referencia a una barrera] entonces a veces no tiene INE y si no tienen INE cómo las identificamos o como les puedo dar un medicamento controlado. De fácil acceso sí, porque es gratuito te formas y entras, ingresas traes tu documentación y ese mismo día se te da el medicamento, o sea es ambulatorio, no te hago venir dos o tres días o te digo “ven en una semana y te doy tu medicamento”; no, se trata el mismo día que venga la paciente, ese mismo día se resuelve la situación.

Como ya se ha mencionado el tiempo es un factor importante para interrumpir el embarazo, es fundamental que el servicio no se entorpezca por alguna situación que tenga que ver con el personal. En esta clínica pareciera que basta con cumplir con los documentos para acceder al servicio y desde nuestra experiencia como observadoras participantes, podemos sustentar este argumento, porque tienen sistematizado el proceso para brindar el servicio.

Contrariamente a este servicio también nos encontramos con la observación participante que realizamos en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco que es de segundo nivel de atención, en donde únicamente hay un consultorio en donde se brinda el servicio de la ILE y, como mencionamos anteriormente, no logramos obtener una entrevista, pero observamos que la información para brindar es poco clara, cuando menos en ese hospital la atención es poco personalizada, muy contrario a lo que pasa en la Clínica Comunitaria Santa Catarina. En principio, para brindar informes tienen pegado en la ventana los requisitos y un diagrama de todo el proceso de la ILE de manera muy general, como se muestra a continuación:

Imagen 1. Informes Clínica Comunitaria Santa Catarina

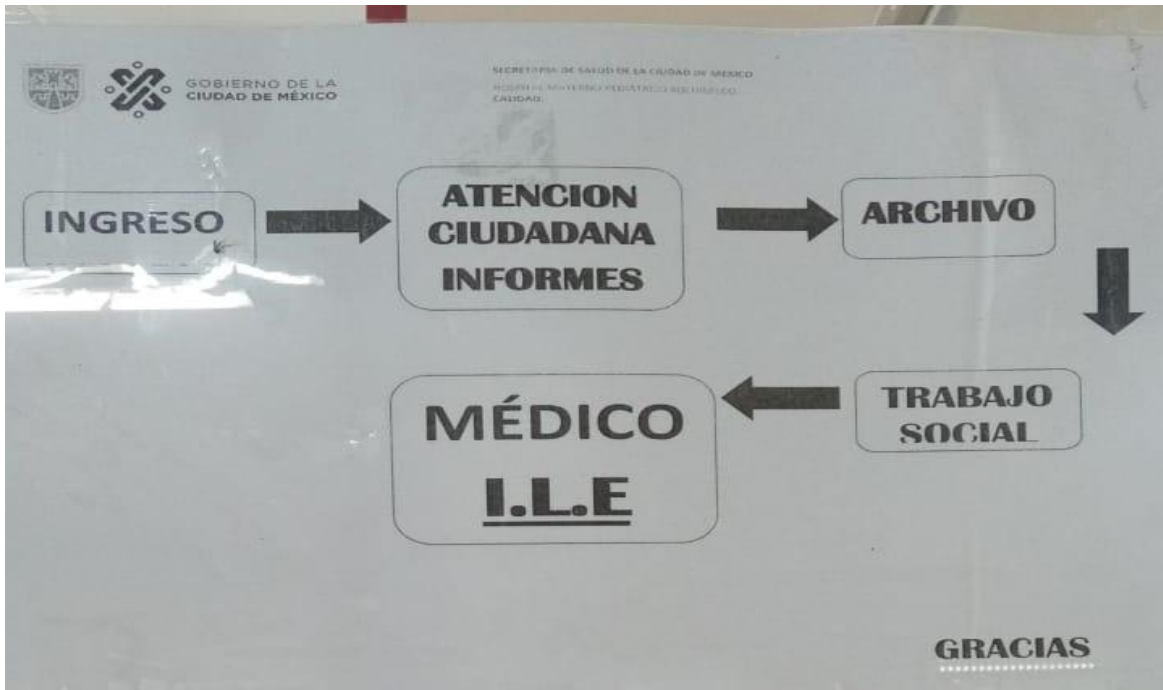


Imagen1. Foto tomada el 20 de junio de 2022 en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco

La imagen es poco descriptiva y si nos ponemos a pensar en que las mujeres llegan confundidas a solicitar información y se encuentran con esa imagen, no aclaran tanto cómo es el proceso para acceder al servicio y al estar ubicado en un hospital de segundo nivel, la atención no es tan personalizada como en la Clínica Comunitaria Santa Catarina -que a pesar de ser de primer nivel la atención el servicio está muy bien organizado-.

Las organizaciones civiles existen para brindar los servicios que el Estado no proporciona, en la entrevista realizada a la licenciada en trabajo social Allison, que brinda su servicio en el programa de la ILE en el Hospital Materno Inguarán, nos comentó que en ese hospital brindaban el servicio apegados al manual “Consejería en Salud Reproductiva” elaborado por Ipas -en el que se describe la importancia de una consejería adecuada para que las mujeres tengan una información clara sobre todo lo que implica abortar y que las mujeres no tengan dudas con el procedimiento al que se van a someter, describiendo las técnicas para que el personal de salud brinde una consejería de calidad, describiendo las siguientes:

Escucha activa: involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático.

Parafrasear: consiste en repetir con otras palabras lo que la usuaria ha informado acerca de sus emociones y temores; la consejera o consejero deberá mostrar a la mujer que la escucha y la comprende.

Formular preguntas significativas: que le permitan recabar información importante y estimular a las usuarias a hablar sobre su situación y contexto específicos.

Identificar sentimientos: al observar y escuchar a la mujer, podrá identificar cuáles son sus sentimientos y sus situaciones; por ende, mostrar empatía, comprensión y ayudar en la contención, en caso de crisis.

Dar validez a la usuaria: implica creer en ella y evitar la influencia de los prejuicios de la consejera

Brindarle información veraz, útil y objetiva: de esta manera la usuaria podrá tomar una decisión completamente libre, responsable e informada.

Resumir y consensuar planes: para la implementación de la decisión tomada. La consejera deberá tomar el papel de mediadora y expresar fielmente la decisión de la usuaria. (Ipas, 2017, p.5)

Con esta información podemos dar cuenta de manera muy general que Ipas ha trabajado bastante en el reconocimiento de cómo todo el proceso de la consejería es importante y que no se puede minimizar ninguna de las acciones por parte de la usuaria o del consejero, debido a que esto podría provocar una confusión que puede entorpecer el proceso para la ILE.

Como se mencionó anteriormente, la consejería no es tan descriptiva en la ley de salud como sí lo es en los manuales de Ipas, además en la clínica comunitaria Santa Catarina y el Hospital Materno Infantil Inguarán donde tuvimos la oportunidad de entrevistar al personal de salud, coincidieron en que reciben constantemente capacitaciones por parte de Ipas para que brinden un servicio de calidad.

En el siguiente capítulo se abordarán experiencias asociadas a las trayectorias de atención de las usuarias entrevistadas para entender cómo se lleva a cabo el programa dentro de los servicios de salud pública y también para identificar algunas áreas de oportunidad que pudiera tener el programa de la ILE en CDMX.

Capítulo III. La ILE, de lo escrito a la realidad

El centro de nuestra investigación y de lo cual se nutre la misma, son las trayectorias de aquellas mujeres que accedieron o trataron de acceder al servicio de la ILE entre 2008 y 2020, en ese tenor, en el presente capítulo en un primer momento nos enfocaremos en el análisis de las entrevistas realizadas a las seis usuarias y con base en sus testimonios analizaremos sus experiencias a partir de lo establecido en la Gaceta Oficial 2021 en su capítulo X, en donde se establecen los lineamientos generales del programa de la ILE, así como las generalidades del servicio de salud pública. En un segundo momento nos apoyamos de la Ley de Salud de la Ciudad de México 2021, que en sus generalidades fijadas en el capítulo I, específicamente en su artículo 3, menciona los principios por los cuales se regirá el derecho a la salud. De igual manera, nos servimos del glosario que se describe en los Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro en México 2021 (LTAASM), que son con los que actualmente opera el programa de la ILE, contrastando lo que se establece en ellos con la experiencia de las usuarias.

3.1. Datos sociodemográficos de mujeres usuarias de la ILE

Recordamos que los nombres reales de las usuarias se han cambiado (véase en la tabla 1) por respeto a su testimonio y resguardo de su anonimato. Cada una de las usuarias interrumpió su embarazo en una clínica distinta entre 2008 y 2020, gracias a esto tendremos perspectivas diferentes de algunas clínicas públicas de la CDMX, destacando que al tener experiencias de distinta temporalidad podremos conocer cómo ha cambiado la atención, el acceso y el servicio de la ILE.

3.2. Trayectorias de atención de mujeres usuarias

3.2.1 Acceso a la información de la ILE

En este apartado se indagará a través de las trayectorias de las usuarias cómo fue su primer acercamiento a la información, por qué medio, si fue claro o no. Esto nos dará una perspectiva de la realidad en contraste con los Lineamientos Técnicos

para la Atención del Aborto Seguro en México (2021) y la Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2021).

“Los lineamientos se rigen por principios para la atención del Aborto Seguro” (CNEGSR, 2021, p. 23), los cuales comienzan con una breve introducción que hace alusión a la expresión de las usuarias acerca de la información sobre la ILE:

[...] Es indispensable brindar los servicios con calidad en un ambiente de confianza y seguridad que ofrezca a las usuarias un espacio de expresión sobre sus preocupaciones, dudas e inquietudes acerca del procedimiento y su salud en general. Para ello, es importante que el personal de salud cuente con habilidades de escucha activa que implican una buena comunicación verbal y no verbal (CNGSR, 2021, p.23).

Para nosotras como investigadoras en formación, ha sido fácil acceder a la información sobre la ILE, pero las usuarias, en su mayoría expresan la dificultad que existe para llegar a la información, tiene que ver con la claridad y distribución de esta. La página web del Gobierno de México en su rubro Jornada Nacional de Salud Pública (2021) refiere lo siguiente:

Las Jornadas Nacionales de Salud Pública (JNSP) están dirigidas a toda la población y de todas las edades, son una estrategia complementaria a los servicios permanentes de salud y participan diversas instancias a nivel federal, estatal y municipal del sector salud.

Tienen como propósito acercar la atención sanitaria a la población mediante acciones integrales de promoción, prevención y educación para la salud, durante las diferentes etapas de la vida, atender a los diferentes grupos de la población, en especial a los más vulnerables, para contribuir a mejorar su calidad de vida.

[...] La atención en la JNSP se llevará a cabo de manera personalizada a la población, se realizará en unidades de salud, unidades médicas móviles, espacios de fácil acceso como plazas públicas, parques, mercados, etc., visitas casa por casa y módulos de salud.

Si bien estas jornadas de salud tienen el objetivo de dar a conocer los servicios que ofrece la Secretaría de Salud Pública, con las trayectorias de las usuarias podemos sostener que en lo que respecta a la ILE aún hay mucho que hacer puesto que el servicio aún se encuentra como un servicio de salud privado, aunque este mismo sea público. Decimos en privado, ya que la información sobre la ILE está publicada

en su página web, pero no en otro lado como televisión, radio, plazas, o anuncios visuales.

Observemos de qué manera y cómo fue el acceso a la información de la ILE comenzando con Daniela:

 Mi novio que se encargó de investigar todo eso, o sea vio buenas referencias, de hecho me dijo pues: “mira la clínica que está aquí en...” está cerca de Tacuba... este “creo que tiene buenas opiniones, en general” y por supuesto que, yo creo que el principal determinante para buscar las clínicas de la ILE de la ciudad pues fue el dinero (Daniela, 2022).

Por su parte Verónica (2022) nos cuenta cómo accedió a la información: [...] “en internet me acuerdo que en las computadoras bueno yo siempre tuve mi laptop ¿no?, entonces sí me metí a internet”.

Como se mencionó al principio nos damos cuenta que las usuarias tuvieron acceso a la información a través de internet, no en sí buscando el programa de la ILE sino más bien buscando las opciones para abortar.

La información de las clínicas de la ILE está abierta para todo el público, sin embargo, las mujeres saben de este servicio a través de otras conocidas, es una información como lo dijimos, en secreto ya que pasa de voz en voz y no es conocida en sí por alguna campaña que promoció este servicio.

En el principio “confidencialidad y privacidad” inserto en los lineamientos (CNEGSR, 2021, p. 24) menciona que:

 Las unidades de atención médica donde se brinden los servicios de aborto seguro, deberán garantizar espacios que cuenten con condiciones de privacidad para el intercambio de información como parte de la consejería, la realización del procedimiento y recuperación.

De esta manera comienza la información sobre la ILE, es decir, la información que se le da a la usuaria es en el momento que ella toma la decisión de abortar y se dirige a la clínica, pero ¿qué pasa antes?, es preciso que exista la información amplia antes de llegar a la clínica y no solo de voz en voz de las mujeres que ya accedieron o saben de este servicio; esto pone en riesgo la perspectiva que puede a llegar a tener la usuaria del servicio.

3.2.2. “No sabía que estaba embarazada”

En varios de los testimonios rescatados en las entrevistas, las mujeres se embarazaron de manera no planeada y, en algunos casos ante la falta de recursos económicos y madurez para convertirse en madres, decidieron interrumpir el embarazo, algunas sabiendo que se brindaba ya el servicio, pero a diferencia de otros servicios de salud que se brindan en la ciudad, el de la ILE se ha enfrentado a una censura debido a que la información se encuentra únicamente en la página de internet, servicio al que no todas las mujeres tienen acceso, teniendo en cuenta que cada una de las usuarias entrevistadas lo hizo en diferente año, el servicio del internet no tenía la misma accesibilidad como se tiene hoy.

3.2.3. Gratuidad

Al legalizarse la ILE en 2007 en la CDMX, se abrió la oportunidad para que las mujeres tuvieran la libertad de interrumpir su embarazo por cualquiera que fuese su causa hasta las 12 semanas y en caso de violación en 2021 se estableció que no hay un límite de semanas para acceder a la IVE.

En el artículo 3 de la Ley de Salud de la Ciudad de México (2021), tenemos como segundo principio la gratuidad, que refiere lo siguiente:

Acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del sector público y a los medicamentos asociados a estos servicios, a las personas habitantes en la Ciudad, que carezcan de seguridad social laboral, lo anterior en términos de las disposiciones legales aplicables (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021, p. 5)

En la página web dirigida a la salud en la CDMX, exactamente en la parte destinada a la información de la ILE, podemos leer uno de sus rubros -requisitos y costo del servicio- el cual menciona solamente la documentación que solicita la clínica para acceder al servicio para habitantes de la CDMX, residentes de otros estados y menores de edad, sin embargo, no existe ningún comentario y/o requisito que informe sobre el costo de la ILE. Así, el sitio web de la ILE de la Secretaría de Salud menciona que:

El servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se brinda de manera legal, calidad, segura, confidencial y gratuita en 7 Unidades Médicas de los Servicios de

Salud Pública de la Ciudad de México y 8 Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2022).

De igual manera, en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México en su artículo 81 capítulo X refiere que:

Las instituciones públicas de salud del Gobierno procederán a la interrupción del embarazo, en forma gratuita y en condiciones de calidad, en los supuestos permitidos en el Código Penal vigente en la Ciudad y en la NOM-046-SSA2-2005, cuando la mujer interesada así lo solicite (2021, p. 37)

De modo que no queda claro el por qué existe un rubro que menciona el costo del servicio, entendiendo que en el marco legal se establece como un servicio gratuito. Es así que, desde nuestra perspectiva, las consecuencias de la mala información retrasan, soslayan y menoscaban el acceso al servicio.

Si bien las mujeres que fueron entrevistadas refieren que sabían que el servicio es gratuito, al momento de indagar más en su trayectoria podemos dar cuenta que no es tan claro como debería de ser y en un caso no fue gratuito. Diana, que contaba con 20 años al momento de interrumpir su embarazo en el 2016, acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán ubicado en la Alcaldía Venustiano Carranza, refiere que su interrupción tuvo costo:

No recuerdo qué fue lo que me cobraron, o sea, no era tal cual, no decía tal cual el papel que era la interrupción. No, y de hecho no tengo copia, pero sí, era un papel que tenías que llenar, tenía que ir a pagar, en ese mismo momento tenías que ir a pagar. ¡Ah! Y de hecho enfrente de esa clínica hay una papelería donde sacas las copias y eso, pero ahí también puedes pagar ese servicio, entonces, solo que ese día ya no alcancé, o sea porque me dijeron: “aquí ya no tenemos servicio” o “sistema”, no me acuerdo. Entonces me dijeron: “puedes ir a una Bodega” de ahí cerca, a pagarlo entonces ya me dieron el papelito para ir a pagar corriendo, corriendo porque tenía que regresar, no sé en cuánto tiempo me fui. Creo fueron 500 y tanto o 600, no me acuerdo muy bien (Diana, 2022)

En este fragmento de la entrevista podemos observar varias situaciones, por un lado, la desinformación, la usuaria menciona que investigó sobre la ILE en su página web y ahí vio el rubro antes mencionado del costo, sin embargo, no fue claro.

De esta manera al acceder al servicio no sabe en sí qué le cobraron o por qué, se le hizo mención si sabía que el servicio es gratuito a lo cual contestó que sí, pero

por la necesidad de llevar a cabo el proceso de manera rápida, puesto que sabemos que el tiempo en este servicio es vital, no cuestionó a ninguna persona que forma parte del equipo de la ILE en ese hospital.

Por otro lado, es posible identificar algún tipo de corrupción puesto que el depósito se hizo a una cuenta común de débito y se le sugirió que fuera en una papelería frente al hospital, lo anterior nos deja pensando en que si bien el proceso de la interrupción no es clandestino por qué sí lo es un pago que no refiere a quién va destinado.

3.2.4. Experiencia al llegar a la clínica

Al llegar a la clínica con base en lo dicho en los LTAASM, los primeros principios que se ponen en práctica son los de consejería y consentimiento informado (2021 p.35) que dicen lo siguiente:

La consejería deberá incluir información sobre la confiabilidad y seguridad de las opciones de manejo, las características de dichas opciones, los síntomas esperados, los datos de alarma asociados a las complicaciones que (aunque de baja frecuencia) se pueden presentar, así como las rutas de acción a seguir en caso de que sucedan (ver Anexos), las opciones para el manejo del dolor, el retorno a la fertilidad y las alternativas de anticoncepción. Todo ello debe ocurrir en un ambiente de confianza, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad y libertad, sin la intención de retardar, obstaculizar, inducir o modificar sus decisiones. En este sentido, se ha documentado que las usuarias que cuentan con información clara y anticipada sobre los procesos de atención manifiestan menos preocupación y ansiedad sobre el procedimiento, lo cual puede modificar su percepción del dolor y mejorar su experiencia.

Respecto al consentimiento informado se refiere a lo siguiente:

[...] es un proceso clínico de comunicación continua en el que el personal de salud y la usuaria tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico. En este proceso es imprescindible una comunicación efectiva y libre de información que pueda estar sesgada o ser imprecisa, que permita documentar que las usuarias recibieron información suficiente para tomar de manera libre e informada la decisión de someterse a un procedimiento determinado (p.36)

Para contrastar estos dos principios tenemos los testimonios de las siguientes usuarias, Diana (2022) menciona lo siguiente:

:

[...] de hecho la información que recibí por bueno la, la trabajadora social que nos recibió al principio porque me sorprendió ver el número de personas que buscan ese servicio, la verdad es que nos explicó súper bien o sea, todo de verdad, las complicaciones, lo que era normal, lo que no era normal, medicamente hablando qué hacer en caso de ciertas complicaciones.

Daniela (2022) también nos comparte su experiencia de la información a la llegada de la clínica:

[...] el médico muy amable, o sea sí, no, en ningún momento fue de grosero, no estaba haciendo sus, no, no, recuerdo que fue bien el trato. Al grado de que, igual nos comentó de los señores que estaban a fuera diciendo: “no al aborto, no esto”, o sea nos explicó también eso ¿no? o sea que este, no era para sentirnos mal y esas cosas, más como apoyo por así decirlo.

El trato que se les da a las usuarias es fundamental para que se sientan cómodas en todo el proceso de la ILE, desde algo tan sencillo como hablarles por su nombre, en palabras de la trabajadora social de la Clínica de Santa Catarina, rescatamos lo siguiente:

Yo creo que tenemos que nombrar las cosas como son, y en este sentido de las personas o más allá del proceso administrativo que se nos da de un número de expediente o un folio un usuario o una usuaria; creo que es importante nombrarles por cómo se llama ¿vale? Entonces, en esta unidad procuramos... pues ya tenemos finalmente el expediente ¿no? ya sabemos cómo se llama la paciente llamarlas por su nombre nombrarlas (en este sentido) creo que nombrar a la persona por cómo se llama es un proceso de identidad que le permite sentirse segura más allá de: “el número uno” , “siguiente” ¿no? Entonces creo que es, es parte de la seguridad que le puede dar y de hecho creo que en la práctica la licenciada de recepción lo hace cuando ella recepciona sus documentos, revisa el nombre de la paciente y le llama por su nombre. Nosotros revisamos también documentos, intentamos llamarles por su nombre más allá que “la número 12” o “la número de expediente tal”.

El simple hecho de llamar a las mujeres por su nombre es brindar otro tipo de atención y calidez, al final todos somos personas con valor y debemos reconocernos como tal en toda circunstancia.

3.3. El trato hacia la usuaria por parte del personal de la clínica u hospital

De igual forma, la Gaceta Oficial de la Ciudad de México, menciona en el principio V la perspectiva de género como la:

metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género (2021)

Es complejo este principio, el lector podría preguntarse ¿cuál es el papel del género en este tema?, no es sencillo responder, sin embargo, a lo largo de la investigación hemos argumentado que el hecho de ser mujer en un país machista con educación patriarcal trae consecuencias al momento de decidir si interrumpir o no el embarazo. Si bien en nuestras entrevistas no hacemos ninguna pregunta que vaya dirigida hacia este tema, podemos vislumbrar que las usuarias, por el simple hecho de ser mujeres, cargan con toda la responsabilidad física y emocional de un aborto.

Para entender mejor lo dicho anteriormente, le daremos voz a Daniela, mujer de 30 años que interrumpió su embarazo a los 26. Si bien la entrevista va dirigida en su mayoría al proceso y operación de la ILE para conocer las respectivas trayectorias de atención, también nos dimos a la tarea de preguntar qué pasó con ellas emocionalmente -antes, durante y después del proceso-, esto con el objetivo justamente de responder a principios como el V:

Sí me costó, siento que me costó mucho trabajo levantarme porque siempre que yo tenía como la certeza de decir: -No esto ya, ya vamos para adelante, entiende que fue por una razón, que fue por esto y esto bla, bla, bla; siempre había un algo que me tumbaba esa de: Y si no, y sí sí, y [si] esto. Entonces, sí me tomó mucho tiempo, siento yo; ahorita ya pasando el tiempo pues me doy cuenta que sí me metió mucha presión esa situación, por ejemplo, estos comentarios de mis compañeros con su niño y conforme [iba] pasando el tiempo ya los comentarios que hacen sobre las, los movimientos que buscan la legalización todo esto, pues ya no me importaba ¿no? Al contrario, era como de -Ay la gente piensa, tiene sus propias creencias que eso no va a cambiar-. Entonces, conforme creo que fui superando la parte personal fue que me dejó de afectar también la parte de... social ¿no?, la presión de otros ¿no?, la presión externa (Daniela, 2022).

Otra de las cosas que identificamos en las entrevistas es que las mujeres muchas veces se cuestionan si la decisión que están tomando es la correcta, debido a la estigmatización con la que se señala a pesar de que está legalizado. La idea de que

las mujeres están obligadas a cumplir con la maternidad es algo que pesa en el discurso social, tal como han señalado las especialistas:

La identidad social de las madres está estructurada en la secuencia feminidad-maternidad-amor-servicio-abnegación-sacrificio, que favorece una mentalidad victimista y masoquista. Desde este ideal de feminidad -la maternidad como “ofrenda de amor sin límites”-, pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres. Claro que, ante un embarazo no deseado, existen mujeres que no se resignan y recurren al aborto ilegal; pero al no conceptualizar la maternidad como elección sino como un destino “natural”, viven su elección con culpa, sin asimilarla abiertamente. ¿Quién va a reconocer no sólo haber cometido un delito o un pecado, sino haberse opuesto al destino sublime de ser madre? (Lamas,2001, p.65)

Negarse a la maternidad es una decisión complicada cuando crecimos en una sociedad conservadora en la que el mayor logro de la mujer es convertirse en madre, pues desde muy pequeñas nos enseñan y preparan para poder desarrollar el “instinto maternal” que, como bien menciona Martha Lamas (2001), es concebido como “nuestro destino natural”.

La discusión deviene cuando nos enfrentamos al dilema de interrumpir un embarazo o no, en donde la decisión en ocasiones no solo depende de la persona gestante sino de la pareja de ésta, pues ambos están involucrados en la situación y tendrá consecuencias ya sea positivas o negativas para ambos. En este sentido, pensar de manera realista es fundamental, pero, bajo la romantización que se tiene sobre la maternidad, el después de una ILE puede ser bastante desgastante emocionalmente:

Al final desde niñas, pues ¿con qué te ponen a jugar? pues con tus muñecas [inaudible] ¿entonces qué tienes que hacer? –pues todo lo que ves que hace tu mamá que dale de comer, que llévala al parque, que paséala, o sea como que siento que es algo que ya que sí traemos y pues aparte como que un poquito la sociedad te[te] impone que son como tus juegos porque a lo mejor como que te dicen “pues es lo que vas hacer” y yo creo que sí ¿no? hay quienes les agarramos el gusto a jugar a eso, y hay quienes no así como [inaudible] así como a jugar “ay yo soy el papá, yo cuido a mi hija” pero yo siento que ya traes ahí como ese instinto ¿no? y a lo mejor sí un poquito también te lo imponen, como un 50-50 (Mara,2022)

Al tener tan arraigados estos recuerdos y finalmente la “educación”, somos parte de alguna manera del sistema que reproduce esta idea de la maternidad, que de acuerdo con el LTAASM la estigmatización hacia las mujeres y esta se relaciona de manera directa con la ILE, lamentablemente de manera negativa:

El estigma asociado al aborto, es un atributo negativo asignado a las mujeres que interrumpen el embarazo, al considerarlas “transgresoras” del ideal de “feminidad” y que tradicionalmente se asocia con ideas sobre sexualidad para la procreación, la maternidad como destino biológico inalterable para las mujeres y la protección y el cuidado que éstas deben proporcionar hacia los demás. Esto se materializa en un trato diferenciado, a partir de actitudes y comportamientos de segregación, discriminación y exclusión por parte de la comunidad cercana a las personas estigmatizadas, causando que éstas recurran a procedimientos inseguros exponiendo su salud y su vida (CNEGS2, 2021, p.27)

3.3.1. Durante el procedimiento

El problema de acceder a procedimientos inseguros es que las mujeres no saben en qué puede terminar su procedimiento, si bien en el mejor de los casos el procedimiento será exitoso, pero en caso contrario, podría estar en peligro la vida de la mujer, ante la incertidumbre que esto representa, una de las usuarias entrevistadas comentó que decidió desde un inicio interrumpir su embarazo en un servicio particular (clandestino) porque una conocida había abortado en una de las clínicas del servicio público y la habían tratado muy mal, a tal grado que la experiencia fue muy mala para ella:

[...] había, había mucho todavía ese auge de que como los médicos no se dedicaban totalmente a ese tipo de interrupciones y los hacían como, pues, muy por debajo del agua, entonces era así como de “pues si te toca un mal médico pues te puede pasar esto”. ¡Ah, sí, sabes qué, ahora que recuerdo!, bueno en alguna vez escuché una chica igual en un trabajo que tuve, que precisamente había tenido un problema cuando había intentado abortar, o sea, no era muy cercana, pero había escuchado como esta onda y cuando me pasó eso yo decía “no es que tal que terminó siendo de las estadísticas”, “qué tal que esta vez te pasa a ti”, “qué tal que es una clínica de esas”, este pues no sabes, no conoces a nadie y “¿si me pasa a mí?”, ¿no? (Sarah, 2022)

Aunado a la estigmatización, al principio de la legalización estaba muy arraigado el pensamiento de que abortar podría ser una causa de muerte, y es que no se

descarta alguna complicación, pero con la atención adecuada no tiene por qué terminar en el deceso de la mujer. Lo cierto es que ante la falta de información adecuada y el pánico social que se genera, en ocasiones las mujeres dudan de la decisión tomada.

En los lineamientos técnicos (2021), se establece una serie de definiciones de conceptos que se utilizan en el desarrollo de lo establecido en el documento, por ello destacamos los siguientes: “Calidez en la atención clínica: Es el trato cordial, atento y empático que se proporciona a toda persona usuaria del servicio de salud” (CNEGSR,2021, p. 7).

Además, en los LTAASM (2021, p.23), se destaca la importancia de que el personal de salud brinde una buena comunicación verbal para la atención de las usuarias:

En todo momento, el personal deberá conducirse con una actitud y comportamiento empáticos que no juzgue, estigmatice o invalide las emociones que expresan las usuarias y mantener un constante reconocimiento de las diferencias que pueden existir entre las creencias, valores e ideologías respecto al aborto para actuar con apego a los DDHH.

Sin embargo, las actitudes que toma el personal de salud en ocasiones generan que las mujeres se sientan intimidadas o menospreciadas por la decisión que están tomando como si ésta fuera un delito o poniendo en duda el libre acceso al servicio.

Retomamos una vez más la experiencia de Mara (2022), quien refirió que:

[...] la doctora la verdad nefasta, o sea yo puedo decir que una persona de las que no quisiera volver a ver en mi vida porque sí fue como mucho de “pues si tienes para pagar estudios, por qué vienes aquí [...] puedes pagar un particular, ¿no?” [simula gestos de la doctora] [...] o sea, hay un trato de verdad horrible, horrible, de que “y a ver señora, súbbase a la camilla, a ver y o sea haga bien las cosas, usted ya no es niña chiquita” [hace gestos de molestia]. Igual y no me acuerdo, y ya para que al último me dijera “pero sabes que no te puedo hacer nada, no te puedo dar este..., no podemos hacer la interrupción”. Pero la verdad es que ni me acuerdo el por qué me dijo. Yo la verdad es que en ese momento ya estaba como tan molesta que ya no recuerdo el por qué me dijo [que no podían proceder con la ILE]. Yo sí le dije “oiga, pero le estoy comprobando que es esto, esto y esto, ¿por qué me pueden atender?” “No, pues no se te va a hacer nada y lo siento”. Y ya, así como de “apúrate porque todavía tengo otras dos personas que atender”.

Si se establece que el servicio es gratuito y para todas las mujeres, negar el servicio en primera instancia es una falta a los derechos de la mujer que está acudiendo a recibir el servicio. Además, como se muestra en el testimonio anterior la manera en que se dirigen a ellas no es la adecuada para la situación, porque el hecho de que estén en ese lugar no minimiza que están tomando una decisión que afectará sus emociones de alguna u otra manera, por lo que cada uno de los comentarios que reciban es fundamental para el cómo van a recordar esa experiencia; y no solo eso, sino que en caso de que vuelvan a pasar por esa situación, difícilmente acudirán a los servicios de salud pública y mucho menos recomendarán el servicio con alguna conocida/amiga que se encuentre en esa situación.

En México, es muy común que este tipo de servicios que aún no son aceptados socialmente como “correctos” se hable en cierto punto como un secreto que también pudimos identificar a través de las entrevistas. Debido a que la mayoría de las entrevistadas se enteraron del servicio por medio de una amiga o algún familiar, el cómo reciban el servicio las mujeres que acceden a él tiene mucho peso para la difusión del programa de la ILE -ya sea para bien o para mal-. Es por ello que el personal de salud debe estar capacitado para atender todo tipo de situaciones, incluso cuando la mujer sea menor de edad, pues en algunas ocasiones éstas no cuentan con redes de apoyo, como la familia, para que les brinden el acompañamiento en el proceso. Tal fue el caso de (Ollin, 2022), quien menciona que la única persona que supo de su embarazo en un principio fue su pareja, por lo que en un inicio del proceso él era la persona que la acompañaba. Uno de los requisitos era llevar un ultrasonido y cuando acudieron a realizarlo la persona que la atendió se limitó a lo siguiente:

cuando me hice el ultrasonido me tenían que firmar una orden, así como de pues “tienes tantos meses y le pueden hacer el procedimiento del ILE y que no sé qué” y ese día la señorita que me atendió este, pues haz de cuenta que me dijo “no pues mira este es tu bebé y así” pero como sabía a qué íbamos me dijo “ay pero para qué te lo enseñe si vas abortar”, o sea, sí fue agresiva, sí fue muy agresiva, y dijo “chin” y en eso que voltea la pantalla así “pues para qué te lo enseñe”, y si dice “pues si ya sé a lo que vienen”, y yo “ups”... sí fue agresiva.

Por otro lado, está el testimonio de Verónica, usuaria que realizó la interrupción en el año 2013 en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco, en donde menciona que:

[...] la enfermera que a mí me tocó, e incluso me acuerdo que la reporté, sí la reporté porque en mi poco conocimiento de psicología en ese momento yo tenía entendido que no debía de comportarse así, que no debía de estigmatizar ni de culpar a la persona, entonces las enfermeras y las trabajadoras sociales te pasaban a un cuartito, primero las trabajadoras sociales, a un cuartito así, chiquito [señala con el dedo], y nos sentaban ahí y nos decían que si estábamos conscientes que el embarazo, lo que te decía de las semanas de gestación, que si no, no se iba a poder hacer, que nosotras habíamos tomado una decisión, que nosotras ya éramos señoras, que ya no nos iban a tratar de señoritas, que nosotras ya éramos unas señoras, pero así, muy déspotas, muy, muy groseras, muy como si tú estuvieras haciendo algo malo, que así se siente en realidad. Bueno, tú sabes que tu vivencia [se refiere a la experiencia] ya la están haciendo mala cada uno lo asume. Y entonces estas señoras por cómo te hablaban y como te decían, literal, lo que te decía hace un momento que estabas atentando contra la vida (Verónica,2022).

Si bien estos lineamientos técnicos fueron publicados en el 2021, existen lineamientos publicados en el 2012 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, exactamente en la página 18, donde se hace referencia en el apartado “De la información, en su décimo quinto lineamiento, a la -calidez de la atención-”:

El personal de salud de los sectores público, social y privado, proporcionará información objetiva suficiente, oportuna y comprensible a la mujer embarazada que solicite la Interrupción Legal del Embarazo, sobre los procedimientos que se utilizan, así como los riesgos y consecuencias; con el propósito de que tome de manera libre, responsable e informada la decisión de interrumpir su embarazo, mediante consentimiento informado, cuyo principio se basa en el derecho que tiene la persona a decidir libremente, y con pleno respeto a su autonomía. Esta decisión implica la aceptación voluntaria de la persona, asumiendo junto con su médico la responsabilidad sobre dicha aceptación. En caso de no aceptar, la usuaria asume la responsabilidad, lo cual deberá ser respetado por el personal de salud.

Podemos observar con el testimonio de Verónica que este lineamiento no ha sido implementado en su caso, puesto que en primer lugar está presente la violencia pasiva al llamar a la usuaria “señora” por el hecho de estar embarazada y dejar de ser virgen, es decir, pierden valor como mujeres jóvenes y entonces dejan de tratarlas como tal. El llamarlas señoras es como una etiqueta de que ellas, aunque tengan la edad que tengan, ya están señaladas por la sociedad, en este caso por los servidores de salud, como mujeres que se atrevieron decir no a la maternidad.

Entonces en este caso tenemos claro que la decisión “libre” se ve mermada por el señalamiento y juicio de aquellos servidores que tienen la obligación y responsabilidad de generar un ambiente empático y seguro para las mujeres.

Encontrarse con ese tipo de tratos, antes, durante y después de la ILE, provoca que se genere cierta culpa y que las redes de apoyo se reduzcan por pensar en “el qué dirán”, orillando a las mujeres a llevar ese proceso solas:

[...] emocionalmente yo me sentía, este, como muy señalada [hace un ademán señalando a la cámara], muy señalada y con mucha presión. Y haz de cuenta que físicamente pues, sí, la pasé muy mal porque, bueno, en el momento del aborto creo que sí lo padecí más, o sea, digo, hay síntomas, más bien sí hay síntomas que son normales [hace ademán entre comillas] durante el proceso, pero pues no sé, mi edad, mi miedo, hicieron que lo sintiera más, un montón de escalofrío, de temperatura, la garganta muy seca, seca, seca -dijeron que era normal. Este, yo estaba llorando cuando estaba abortando porque yo estaba sola; no estaba este tipo [se refiere a su pareja en ese momento] y mis papás estaban trabajando, entonces eso hizo que me sintiera pues sí más sola y triste y culpable (Ollin, 2022).

Contar con un personal capacitado en todas las áreas del hospital es de suma importancia, pues de lo contrario las mujeres se encuentran con este tipo de trabas para acceder al servicio y podemos decir que 9 años después de que Ollin accedió al servicio, se siguen dando este tipo de situaciones.

Para sostener lo anterior, nos encontramos con el testimonio de Mara un caso más reciente, que trató de acceder en el 2020 sin éxito, al servicio de la ILE en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, a continuación, nos relata su experiencia:

[...] me negaron el servicio de ahí porque, bueno, me preguntaron lo mismo, de que yo a qué me dedicaba, dije “ah, pues soy estudiante” [simula la serie de preguntas]. “¿En dónde estudias?” –“En la UAM Xochimilco”--- “¿Entonces por qué estás aquí sí tu cuentas con seguro?”--- y le dije “no, de hecho no tengo seguro, o sea, sí sé que puedo darlo de alta por la escuela, pero no tengo, o sea, y puedo traer la vigencia de que no tengo un seguro”---“no, pero, es que aquí no te lo podemos hacer” --.Ya, total, terminé esa vez hablando con como con un director, un rollo así, y me iban a mandar a que “no pues mira te podemos hacer un estudio socioeconómico y ver si eres apta, pero más o menos va a tardar no sé tantas semanas ” y, o sea es [a] lo que vuelvo, ¿no?, obviamente aquí juega un rol importante pues el tiempo.

Con base en este testimonio, nos dimos a la tarea de hacer observación participante como parte del trabajo de campo para conocer cómo se brinda el servicio actualmente, en éste Elizabeth, se hizo pasar por una usuaria en el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, al momento de decirle a la policía de la entrada del hospital al servicio al que iba ella cambió su tono de voz y de manera hostil le dijo que debía acercarse al módulo de información y cuando se dirigió al mismo, la policía la miró de arriba abajo. El trato tampoco fue el mejor en el módulo de información ya que únicamente la enfermera le dijo que tenía que traer los documentos que estaban escritos en una hoja pegada en la ventana (imagen 2) del módulo y sin dar otra explicación continuó escribiendo en su celular.

Imagen 2. Requisitos para solicitar la ILE

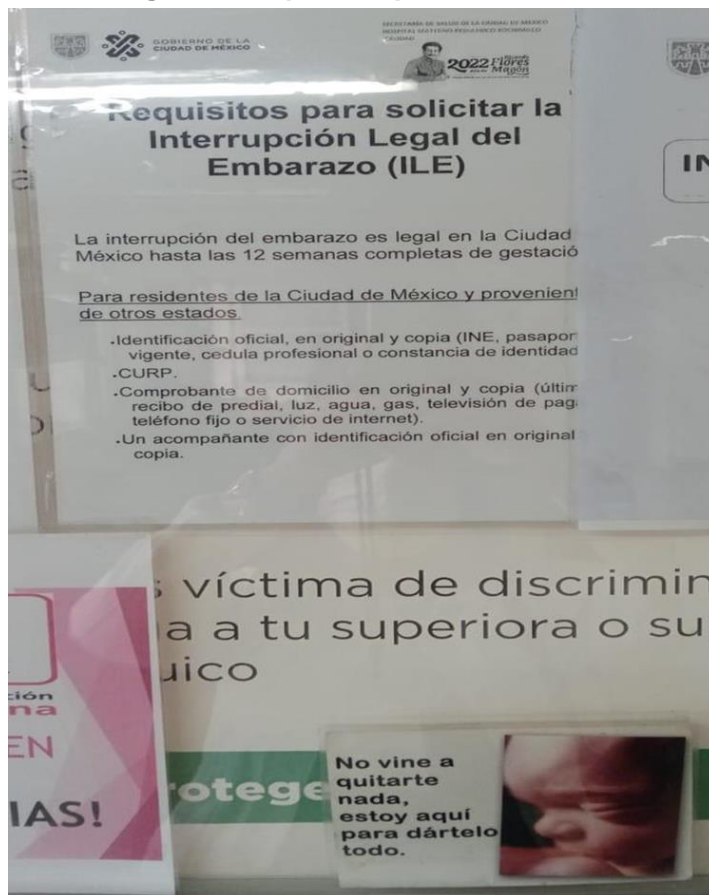


Imagen 2. Foto tomada el 20 de junio de 2022 en el Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.

A través de la observación participante pudimos experimentar que el lineamiento de “Buen trato” no es ejercido de manera plena en este Hospital, el lineamiento menciona lo siguiente:

Las actitudes, creencias y valores de quienes prestan servicios de salud pueden afectar la experiencia del aborto de forma negativa de acuerdo con la evidencia que se ha producido en la región sobre maltrato durante el parto y el aborto. Para prevenir conductas estigmatizantes hacia las usuarias que solicitan los servicios, el personal de salud debe tener en cuenta que garantizar el derecho de las mujeres a la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, es un imperativo ético y desde esa lógica, es fundamental brindar la atención con una perspectiva afirmativa de la experiencia (LTAASM, 2021, p.34).

En la Imagen 2 se observa, en la parte inferior derecha, un feto con una frase que sin lugar a duda es a la vista impactante para las usuarias, puesto que se encuentra debajo de los requisitos para acceder a la ILE. Esta imagen no corresponde a lo dicho en el lineamiento, pues se contrapone la moral del personal de salud ante la decisión “libre” de las mujeres a interrumpir su embarazo.

Estas situaciones contradicen lo que se establece en el artículo 81 de la Ley de Salud de la Ciudad de México (2021) en la que se menciona lo siguiente:

Las instituciones públicas de salud del Gobierno procederán a la interrupción del embarazo, en forma gratuita y en condiciones de calidad, en los supuestos permitidos en el Código Penal vigente en la Ciudad en la NOM-046-SSA2-2005, cuando la mujer interesada así lo solicite.

Para ello, las instituciones de salud pondrán a disposición de las mujeres servicios de consejería médica, psicológica y social con información veraz y oportuna de las opciones con que cuentan las mujeres y su derecho a decidir.

Cuando la mujer decida practicarse la interrupción del embarazo, la institución habrá de efectuar en un término no mayor a 5 días, contados a partir de que sea presentada la solicitud y satisfechos los requisitos establecidos en las disposiciones aplicables.

Las instituciones de salud del Gobierno atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a todas las mujeres solicitantes aun cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado. El servicio tendrá carácter universal, gratuito y sin condicionamiento alguno.

También ofrecerán servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar a la mujer que haya practicado la interrupción de su embarazo, en los términos de esta Ley y de las disposiciones legales aplicables (p.41)

3.3.2. Después del procedimiento

Uno de los procedimientos que existen después de la ILE es brindar orientación a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos que pueden usar para protegerse y evitar que vuelvan a requerir una ILE, pero en ocasiones no lo brindan como una opción, sino como una obligación para ellas, sin mencionar los efectos que podría tener sobre sus cuerpos. Ollin menciona que, en el 2008, cuando accedió a la ILE por primera ocasión, al momento de hablar sobre los métodos anticonceptivos no le dieron opción de decidir: [...] me obligaron a usar el DIU, yo les había dicho que no porque desconocía cómo era la función y me dijeron que no, que era obligatorio y sí me mandaron con un doctor y ese doctor me cobró (Ollin, 2022). La mandaron a un servicio particular sin darle mayor detalle, cuando dentro del programa de la ILE se contempla como parte del mismo servicio y en caso de que no se tenga el método que la usuaria decide utilizar, se debe enviar a otra clínica que cuente con el método, la finalidad es que las usuarias salgan protegidas y sin necesidad de que la parte económica represente un obstáculo para acceder a algún método anticonceptivo; pero ante la falta de información y orientación que debería ser accesible para todas las mujeres, los servidores públicos manejan la situación de la manera que mejor les convenga, en este caso fue obligando a esta usuaria a acudir a un servicio de manera particular.

Otro de los servicios que se supone están dentro de la ILE es el acompañamiento psicológico, en especial después del procedimiento, porque cada una de las usuarias vive el duelo de distintas maneras y justo a causa de la estigmatización es que no es un tema fácil de platicar:

Pues sí, emocionalmente sí pega la verdad sí es como pues llega un momento de tristeza yo ahorita lo recordé y así de cómo sería mi vida sí no lo hubiera hecho ¿no? [En este momento, la “usuaria” comienza a llorar] O a lo mejor sí, no sé a lo mejor debí así hacerlo [tener al bebé] él me hubiera motivado a hacer más cosas ahorita, entonces sí, realmente nunca eh pues creo que yo nunca me he permitido como vivir ese duelo, pues es un duelo al final de cuentas; que a lo mejor muchos consideran que sí es un duelo a lo mejor otros consideran pues que no, porque al final pues dicen que tú tomaste esa decisión, pero sin embargo pues es como una pérdida [el sentimiento se profundiza y llora un poco más] como una pérdida de algo... a lo mejor no podría decir que es como una persona, pero sí es como que

tienes una conexión con lo que a final de cuentas estaba adentro de ti, entonces sí la verdad es que nunca como que me di la oportunidad de platicarlo porque yo no creí que fuera como algo difícil como algo que pegara como tan fuerte o que impactara o que tuviera un peso grande en algún momento de tu vida [Continúa llorando] Pues ahorita al platicarlo pues sí, o sea el cómo me siento pues sí es como me gana mucho el sentimiento (Mara,2022).

Pero ninguna de las usuarias tuvo acceso al apoyo psicológico después de su ILE, porque en algunos casos se minimiza este tipo de apoyo por parte de la misma usuaria, y por parte del programa no se cuenta con el personal suficiente para brindar el acompañamiento adecuado.

Como todo programa público, el de la ILE enfrenta una falta de recursos, pero es importante reconocer que, por ejemplo, en algunas clínicas como la clínica comunitaria de Santa Martha Acatitla, al entrevistar a Laura la trabajadora social mencionó lo siguiente:

Faltan recursos sí, tiene que ver con una gestión del eh del Gobierno Federal y el Gobierno local finalmente, pero no imposibilita el acceso a las pacientes para una interrupción legal del embarazo ¿por qué? Porque en este servicio o en los servicios de interrupción legal del embarazo el área de trabajo social se encarga de gestionar eh... con otras instituciones el abastecimiento de algunos recursos entonces esta eh... es parte de nuestra función entonces si intentamos que la paciente acceda a su interrupción legal del embarazo si no hubiese, por ejemplo si no hubiese aspiración aquí porque no tienen ginecólogo busco una unidad que tenga este... ginecólogo ¿no? si no hubiese material se busca el apoyo con una institución para que ese material llegue y se pueda realizar el procedimiento. Entonces se buscan las formas. Entonces a lo mejor sí hace falta el recurso, hace falta ciertas gestiones a nivel local, pero no es un... algo que imposibilite o que sea determinante para que la persona no interrumpa su embarazo.

En esta clínica, se busca que las mujeres puedan acceder a la ILE en otra clínica en caso de que no sea posible brindar la atención de manera oportuna en la primera opción. Tener comunicación y conocimiento de los recursos con los que cuenta cada una de las clínicas en las que se brinda el servicio de ILE es importante debido a que no todas las mujeres pueden abortar con el método de las pastillas, aunado a eso, el tiempo es una determinante muy crucial para el tipo de método por el que pueden abortar. El papel que tienen las trabajadoras sociales es fundamental para que las mujeres reciban la información de manera clara y precisa, para ello es

necesario que se esté capacitando de manera frecuente a todo el personal que está en contacto con las mujeres pueda brindar la mejor atención, pero en la entrevista identificamos que la Secretaría de Salud de la CDMX no brinda este tipo de capacitaciones y es por medio de asociaciones civiles como Ipas que el personal se capacita en ocasiones;

El personal tiene una capacitación, han tenido capacitaciones de sensibilización, este... porque pues sabemos que el tema es polémico ¿no? este... la médica se mantiene ecuánime ante la presión de ideas o de objetores de conciencia... este no nos consideramos objetores de conciencia en esta unidad, el personal ha tenido ese cuidado. El director de esta unidad ha tenido cuidado al colocar personal que esté con la disposición a ese trato con las usuarias.

[...] Ipas es quien nos da talleres y capacitaciones. Hace poco tuvimos, la médica responsable de esta unidad y yo, este... sobre trato digno, sobre derechos humanos y también tenemos capacitaciones en línea a raíz de la pandemia de la norma 046. Este y sobre materia no tan penal, pero sí jurídica donde eh... los derechos de las pacientes, los derechos de salud sexual y reproductiva en adolescentes y en mujeres y en población general, y principalmente en las unidades de primer y segundo nivel y tercer nivel de salud pues se ocupa mucho lo del trato digno a los usuarios y usuarias.

En páginas anteriores hemos mencionado el papel que tiene la objeción de conciencia en el servicio de la ILE y como no debe ser una limitante para brindar el servicio, más allá de eso es fundamental estar en constante capacitación respecto a los temas que involucra brindar un servicio público y aunque el programa de la ILE no lo contempla, crear alianzas con las asociaciones civiles hace que se brinde una mejor atención.

En una de las ocasiones que visitamos el Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, pudimos observar que solo había una doctora que brindaba la atención apoyada por una enfermera, en la lista de espera había alrededor de 10 mujeres esperando la atención, cada consulta duraba aproximadamente 20 minutos y después de las primeras 3 fue evidente el cambio de actitud de la doctora. Se mostraba un tanto hostil en cuanto a la atención, las mujeres que observamos se veían nerviosas y todas iban solas, a excepción de una chica que parecía ser menor de edad pero que igual se veía nerviosa. En ningún momento la trabajadora social se acercó a brindar atención u orientación, nosotras la buscamos en su oficina y

tuvimos que esperar alrededor de 15 minutos hasta que finalmente la encontramos para pedirle apoyo con una entrevista, que al final nos fue negada por la falta de un “convenio” vigente entre la UAM y la Secretaría de Salud de la CDMX, lo cual nos pareció sólo como un pretexto para proteger la información del hospital.

Finalmente observar cómo es el proceso en ese hospital nos dejó en claro que no es sencillo acceder al mismo en lo que respecta a este hospital como usuaria y/o estudiantes.

Conclusiones

Derivado de este trabajo en campo y documental concluimos que, si bien la ILE por sí misma no es compleja, la realidad donde opera sí lo es. Debido a que, de acuerdo con lo encontrado en el trabajo de campo, identificamos que el nivel y calidad del servicio que reciben las usuarias depende en gran parte del nivel en el que se encuentre el hospital y/o clínica a la que se acerca la usuaria. Pues, contrastando las experiencias de las usuarias descritas en el capítulo 3 y respaldado por el trabajo de campo, observamos que la atención no es homogénea, y ciertamente no tendría que serlo puesto que las mujeres que acceden a la ILE tienen vidas, historias, ocupaciones distintas, pero en lo que compete a la igualdad de servicio este sí tendría que ser homogenizado, es decir, un trato digno y lejos de prejuicios por parte del personal médico y en sí del equipo que forma parte de la ILE en cada clínica u hospital.

En este tenor, convendría preguntarse si es pertinente que el servicio de la ILE se encuentre dentro de los Hospitales Maternos Pediátricos. Lo anterior pensado en el impacto que las usuarias experimentan a la hora de ver a otras mujeres embarazadas o con sus hijos (as). Es importante considerar que, el aborto libre y seguro va más allá de que esté legalmente o no establecido, es el derecho que como mujeres tenemos a decidir sobre nuestro cuerpo, es el derecho al acceso a servicios de salud dignos; en este sentido es necesario ubicar el servicio de manera estratégica de tal manera que la ubicación de este no sea un factor que intervenga negativamente en la decisión y el proceso durante la ILE.

A largo de gran parte de la investigación mencionamos con bastante frecuencia los Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro en México debido a que este documento hace alusión a todo lo que implica acceder a un aborto seguro en México, además se elaboró apenas en 2021, por lo que se abordan elementos que es fundamental que tomen en cuenta en el servicio de la ILE en la CDMX.

Uno de los hallazgos que más rescatamos de esta investigación es la información, en nuestro caso personal el programa de la ILE era desconocido, no observamos

ningún comercial, espectacular recomendando acudir a la ILE en caso de querer abortar. A través de las experiencias de las mujeres y la propia, podemos asegurar que este vacío de información es crucial al momento de estar embarazada y decidir abortar. Esta información va de voz en voz a través de amigas, conocidas que sin el afán de tergiversar las cosas, va plagada de desinformación puesto que cada mujer habla de su propia experiencia de vida. Por ello, es necesario generar líneas de atención y comunicación social para que las mujeres tengan acceso a la información pertinente. De ahí que surge la necesidad de preguntarnos ¿Cómo lograr hacer difusión de la ILE?, la respuesta a esta pregunta queda sin resolverse, porque socialmente es un tema del que no se habla, pero consideramos que en un futuro esta pregunta podría ser una línea de investigación con la finalidad de seguir atendiendo la ILE como problema público.

¿Por qué seguir abortando en privado? La ILE, como se refirió anteriormente, es un problema de salud pública (creemos que no solo de salud, lo veremos más adelante) y ser un problema público requiere la máxima difusión del programa para mayor goce de la población objetivo, sin embargo, al tratarse de la ILE parece un servicio privado, nos referimos privado en lo social porque ¿quién quiere decir que le dice “no” a la maternidad? ¿Quién quiere saber que hay mujeres que deciden abortar? ¿A qué sociedad le interesa la libertad bajo los principios de una educación no patriarcal? Estas preguntas son un eco de este trabajo que por medio de la investigación busca la difusión y mejoramiento de estos programas que se han instalado en la agenda pública gracias a la pugna de millones de mujeres que han decidido no continuar con el rol del “instinto materno”, pero que no debería solo involucrar a ellas por ser las gestantes, sino a la parte masculina que participó en la concepción de tal manera que abortar no sea un “castigo social” que recaiga únicamente sobre las mujeres, de tal manera que los hombres tomen su responsabilidad también.

Uno de los factores que no consideramos para esta investigación, pero es fundamental para la implementación del programa de la ILE, es el presupuesto que

se le asigna al programa para su funcionamiento, porque la cantidad de éste es crucial para el alcance del programa.

Otro de los factores que identificamos fue que en los 15 años que lleva operando el programa, no se ha realizado ninguna evaluación al mismo por lo que si bien el programa opera, es importante realizar una evaluación por parte de una institución independiente a la secretaria de salud de la CDMX, para identificar las áreas de oportunidad que tiene el gobierno para ofrecer un mejor servicio. Con nuestra investigación podemos recomendar que es necesario que el personal de salud reciba capacitaciones, no solo de instituciones como Ipas, sino gestionadas por parte de la secretaría de salud, en las que se trabajen temas como la empatía y el prejuicio, por mencionar algunos. Asimismo, haciendo un poco de análisis en la formación educativa del personal de salud, es importante reconocer que en las carreras que van enfocadas en la salud, se prepara a los profesionales para que salven la vida de las personas en todo momento, por lo que entendemos que en ocasiones el personal al momento de brindar un servicio como el de la ILE se encuentre en una contradicción que va en contra de la formación que siempre recibió. Si bien esto no justifica la actitud hostil que pueden llegar a tener con las usuarias, consideramos que una manera de aportar a que la concepción de la ILE se deje de ver como algo “negativo” sería que en las escuelas se impartieran materias que sensibilicen sobre este tipo de temas que al final serán servicios en los que podrían desempeñarse los estudiantes de medicina.

En esta investigación trabajamos con una clínica y dos hospitales, a pesar de que éstas nos dan un acercamiento muy sintético de cómo opera la ILE en la CDMX, los hallazgos han sido bastante fructíferos con los objetivos de este trabajo y aunque en las entrevistas obtuvimos información muy valiosa que no se analizó en la investigación por cuestiones de tiempo, podemos decir que el programa de la ILE funciona con sus deficiencias en algunos casos, pero sin duda es un gran paso para que las mujeres tengan la libertad de elegir si ejercen su maternidad.

Por último, y creemos que lo más importante de esta investigación, fue el acercamiento con las seis mujeres que participaron en esta, si bien la entrevista fue

dirigida en su mayoría a la operacionalización del programa, una parte fundamental fue el después, el término del proceso físico.

Todas las usuarias sin excepción pasaron por una tribulación emocional, que hasta el día de hoy permanece. Estas emociones van desde la culpa hasta la depresión, y aunque algunas de ellas fueron acompañadas en el proceso, la “carga” emocional de todo lo que vivieron antes y durante lo vivieron solas.

La culpa gira en torno a lo que se dice en la sociedad, como referimos a lo largo de este trabajo si bien una parte de la sociedad acepta como un derecho el aborto, una gran parte aún y con la interrupción legalizada lo estigmatiza, esta estigmatización en las usuarias las acompañó en todo el proceso, la mayoría de ellas por un largo tiempo se cuestionaron si abortar fue la mejor decisión ya que el decir no a la maternidad es una cuestión que se pone en tela de juicio es muchas esferas sociales.

Es por lo anterior que creemos importante que el servicio no termine solo en lo físico, sino que todas aquellas mujeres que deciden abortar lleven un acompañamiento psicológico al término de este. Tomar la decisión de abortar y hacerlo no es una decisión fácil, se podría creer que las mujeres sienten un alivio cuando se acaba el proceso, pero como ya lo mencionamos, este proceso continúa emocionalmente para ellas, digerir lo acontecido no es sencillo, lidiar con las creencias injustificadas de lo que está bien y de lo que no para la sociedad es un peso profundo para estas mujeres.

El apoyo psicológico después del proceso está considerado en los lineamientos, sin embargo, las usuarias refirieron que no fue ofrecido.

Nos dimos cuenta de que abortar es una práctica que sigue estando rodeada de mucho prejuicio, una situación de la cual nadie quiere saber, lo referimos así por la situación de la difusión del programa, el trato a las usuarias y el abandono que sufren después de abortar.

Podríamos finalizar preguntándonos si el aborto es una decisión libre en realidad, qué tanto la sociedad empuja a estas mujeres a vivir con el estigma de esta decisión y por qué.

Hemos escuchado que como investigadoras no podemos cambiar esta situación, pero creemos que no es así, creemos que dar la voz a aquellas mujeres que viven en secreto esta decisión nos puede dar una visión distinta del aborto.

Nuestra gran aportación es lo anterior, escuchar aquellas mujeres que viven la ILE, cómo podemos saber si un programa opera de manera adecuada si no se escucha a las “beneficiarias” de este.

Referencias bibliográficas

ADNPolítico. (2021, 9 septiembre). La Interrupción Legal del Embarazo en la CDMX: ¿Qué permitirá la nueva legislación?

ADNPolítico.<https://politica.expansion.mx/cdmx/2021/07/08/aborto-legal-en-cdmx-ley-cuantas-semanas-se-puede-hacer>

Aguilar, V. L. (1993). *El Estudio de las políticas públicas*. Antologías I: Miguel Ángel Porrúa.

Aguilar, V. L. (2017). *La implementación de las políticas*. Porrúa.

Aguilar, V.L. (1992). *La hechura de las políticas públicas*. Porrúa

Almaraz K. (2018, 20 de agosto). Abortos clandestinos en México: las cifras y las alternativas. *EIDiario.es*. https://www.eldiario.es/internacional/abortos-clandestinos-mexico-cifras-alternativas_1_2756593.html

Amador, D. (2017) *Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: entre el estigma y la desigualdad*. [Tesina de maestría en periodismo y asuntos públicos, Centro de Investigación y docencia económicas A.C.] Repositorio institucional CIDE.<http://mobile.repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/1703>

- Amnistía Internacional. (2021, 18 abril). *Datos clave sobre el aborto*.
<https://www.amnesty.org/es/what-we-do/sexual-and-reproductive-rights/abortion-facts/>
- Cabello, C. (2020). *Aborto con medicamentos: experiencias de mujeres en Guanajuato y la Ciudad de México*. [Tesis de maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana]. Repositorio institucional UAM.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/2583/1/191873.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGSR) (2021). *Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro en México*.
<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>
- COBB, R y Elder. Ch., (1972). *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore: 2a. ed. 1983. (Trad. esp. "Participación en Política Americana: la dinámica de la estructuración de la agenda", Noerna, México: 1986).
- Constitución De La Ciudad de México (2022). *Título I*.
https://infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2022). México.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Dalton, M. (2005). *Aborto: fenómeno sin nomenclatura*. Desacato.
- Degante, A. O. (2014). *Embarazos que se caen se tiran. Representaciones del aborto en un pueblo nahua de la sierra de Zongolica*. [Tesis de maestría en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Iztapalapa]. Repositorio institucional UAM-I.
<http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/asp/am/presentatesis.php?recno=16306&docs=UAMI16306.pdf>
- El Financiero (2021, 01 mayo). *Congreso de la Ciudad de México aprueba el aborto legal hasta los 5 meses en caso de violación*.

<https://www.elfinanciero.com.mx/cdmx/2021/05/01/congreso-de-la-cdmx-aprueba-aborto-legal-hasta-los-5-meses-en-caso-de-violacion/>

Elder, C. D., & Aguilar, L. F. (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Porrúa.

Engels, F. (1884). *El origen de la familia, el Estado y la propiedad privada*. Progreso proviene.

Faundes, A. (2011). *Drama Del Aborto En busca de un consenso, El* (1.^a ed.). PAIDOS MEXICANA (ME).

FONDO MARÍA (s.f). *¿Qué es Fondo MARÍA?*. (2022).<https://www.fondomaria.org/paginas/que-es-fondo-maria>

Gaceta de la Comisión Permanente (10 de agosto del 2011).
https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/31245#:~:text=Art%C3%ADculo%20330.,las%20doce%20semanas%20de%20gestaci%C3%B3n.

Gaceta Oficial de la Ciudad

Gobierno de la Ciudad de México (9 de agosto del 2021) Gaceta oficial de la Federación. No 657. Capítulo X.https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/51ee3741ad858998164c34810ca5610e.pdf

Gobierno de la Ciudad de México.(2021, 09 de agosto). Gaceta Oficial de la Ciudad de México. *Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal, se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México y se aprueba la observación al Decreto por el que se abroga la Ley de Salud del Distrito Federal y se expide la Ley de Salud de la Ciudad de México, enviada por la titular de la Jefatura de Gobierno*.https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/51ee3741ad858998164c34810ca5610e.pdf

- Gobierno de México (2021). *Jornada Nacional de Salud Pública*.
<https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/jornada-nacional-de-salud-publica-286363>
- Gobierno de México (3 de abril de 2022). *Amar también es cuidarse*.
<https://www.gob.mx/profeco/documentos/cuidarte-tambien-es-amaranticonceptivos?state=published>
- Gobierno Federal (2011, 28 de octubre). Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género.
<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/fortalecimiento-a-la-transversalidad-de-la-perspectiva-de-genero>
- Guttmacher, Institute. (2013, noviembre). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*.
<https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-planeado-y-aborto-inducido-en-mexico-causas-y-consecuencias>
- H. Congreso de la Ciudad de México I Legislatura. Ley de Salud de la Ciudad de México. (2021, 09 de agosto). Gaceta Oficial.
https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/LEY_SALUD_CDMX_09-08-2021.pdf
- Hernández Vicencio, T. (2011, febrero). El Partido Acción Nacional en la lucha por la no despenalización del aborto en el Distrito Federal. SciELO.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632011000100014
- Hurtado, F. Conchillo, M. P. *et al* (2012). *Educación para la sexualidad con bases científicas, Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos*.
[file:///C:/Users/HP/Downloads/Educaci%C3%B3n%20para%20la%20sexualidad%20con%20bases%20cient%C3%ADficas%20\(%20PDFDrive%20\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Educaci%C3%B3n%20para%20la%20sexualidad%20con%20bases%20cient%C3%ADficas%20(%20PDFDrive%20).pdf)
- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994).
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

- Instituto Nacional de las Mujeres. (s.f). *Glosario para la igualdad*.
<https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/interseccionalidad>
- Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. (2022, 21 abril).
<http://ile.salud.cdmx.gob.mx/>
- Ipas México. (2017). Acompañamiento y consejería mujeres en situación de aborto.
<https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ManualConsejeriaAborto.pdf>
- Küng, S.A. *et al.* Miembros del Reprod Health. (2021). “No queremos problemas”: *motivos de la negación de servicios de la interrupción legal del embarazo por objeción de conciencia en Bolivia y México*. Ipas México.
https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/30-No-queremos-problemas_motivos-de-la-negacion-de-servicios-de-ILE-en-Mexico-y-Bolivia.pdf
- Lamas, M. (1992). *El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto*. Política y Cultura. <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/download/3/3/>
- Lamas, M. (2001). *Política y reproducción/ Politics and Reproduction: Aborto, la frontera del derecho a decidir/ Abortion, The Lines of the Right to Choose*. Plaza & Janes Mexico.
- Lamas, Martha & miembros del Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (2018). *Maternidad o Castigo La criminalización del aborto en México*.
<https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/#/>
- Martínez, MG. (2021). *Definición del problema público: Desplazamiento forzado interno por violencia en México 2021*. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco
- Meny, Y., Thoenig, J. C., & Morata, F. (1992). *Las políticas públicas*. Ariel.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995).
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Suiza.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa

pdf;jsessionid=8CC52389EA04F64DD7F618501751B88A?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2021, abril) https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2022). La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas, el acceso al aborto seguro es fundamental para la salud de las mujeres y las niñas.<https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>

Organización Mundial de la Salud.(2014).*Manual de aborto clínica para aborto seguro*. Uruguay.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf

Ortiz, G. (2014) *Aborto, democracia y empoderamiento perspectivas sobre la despenalización del aborto en la Ciudad de México*. FONTAMARA

Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y práctica del análisis de las políticas públicas en la Ciudad de México*. Flacso.

Ramírez, R. (2021). *Entre el verde y el azul: derechos y antiderechos en la arena pública*. En R. De la Torre & P. Semán (eds.), *Religiones y espacios públicos en América Latina*. En Clacso.

Pérez, I. (2019). *¿Qué significa el feminismo?* Ciencia UNAM.<https://ciencia.unam.mx/leer/926/-que-significa-el-feminismo-sus-luchas-historicas-y-aun-vigentes->

Quezada N. (1979). La sexualidad en México.*Anales de Antropología*.Vol 16.
http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/24192/pdf_873

Secretaria de las mujeres. Interrupción Legal del Embarazo (ILE). [infografía].
https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/ILE/Folleto_ILE.pdf

Senado de la República. (2011, 10 de agosto). Gaceta Parlamentaria. *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del código penal federal, del código federal de procedimientos penales y de la ley general de salud, en materia de aborto legalizado a cargo del diputado Nazario Norberto Sánchez el Grupo parlamentario del partido de la revolución democrática*. [senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/31245#:~:text=Artículo%20330.,las%20doce%20semanas%20de%20gestación](http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/31245#:~:text=Artículo%20330.,las%20doce%20semanas%20de%20gestación).

Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo "Información Preliminar". <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/WEB-ILE-20221.pdf>

Texis, M. & Salazar E. (s.f). El aborto como problema de salud pública en Tlaxcala. Universidad Autónoma de Tlaxcala. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/247630/04_El_aborto_como.pdf

Tribunal pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2021, 21 de diciembre). Sentencia. *Acción de inconstitucionalidad 15/2018*. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5638915&fecha=21/12/2021#gsc.tab=0

Vaggione, J. M. (2012). La cultura de la vida: desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. UNAM. Religión y Sociedad.

Valles, J. M. (2007). *Ciencia Política*. Ariel.

Zambrano-Plata, G., Bautista-Rodríguez, L., & López-Zambrano, V. S. (2018). Imaginarios de sexualidad en estudiantes universitarios. *Revista De Salud Pública*, 20(4), 408. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n4.52320>

Anexos

Anexo 1. Primera convocatoria para invitar a las mujeres a participar en la investigación a través de su experiencia con la ILE.

PARTICIPA EN NUESTRO Trabajo Terminal

¡Hola! Somos estudiantes de Política y
Gestión Social de la UAM-X

Nuestra tesis es sobre:
Casa abierta al tiempo

LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO (ILE) COMO PROBLEMA PÚBLICO EN LA
CIUDAD DE MÉXICO.

Nos gustaría conocer cómo fue tu experiencia al momento de
interrumpir tu embarazo en alguna de las clínicas que ofrecen el
servicio de la ILE en la CDMX

REQUISITOS

- Tener entre 18 y 24 años al momento de la interrupción del embarazo
- Haberlo realizado en alguna de las clínicas que ofrece el servicio el gobierno de la CDMX entre el 2018 y el 2022



CONTÁCTANOS

Elizabeth Zariñana
cel: 5618445910
correo:
2182026822@alumnos.xoc.uam
.mx

Patricia Lima
cel: 777 442 1901
correo:
2183025490@alumnos.xoc.uam
.mx

UN POCO DE INFORMACIÓN

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es, de acuerdo con el Gobierno de la Ciudad de México: [...] un derecho humano garantizado a las mujeres de la Ciudad de México y un servicio médico al que toda mujer tiene derecho, si desea interrumpir el proceso de gestación.

DESCUIDA

La información que nos proporcionas estará resguardada por el anonimato y solo tendrá usos académicos

Anexo 2. Segunda convocatoria para invitar a las mujeres a participar en la investigación a través de su experiencia con la ILE.

PARTICIPA EN NUESTRO Trabajo Terminal

¡Hola! Somos estudiantes de Política y Gestión Social de la UAM-X
Nuestra tesis es sobre:
Casa abierta al tiempo

LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE) COMO PROBLEMA PÚBLICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Nos gustaría conocer cómo fue tu experiencia al acceder o intentar acceder al servicio de la ILE

NOS INTERESA TU VOZ

- ¿Intentaste acceder o accediste a alguna clínica de la ILE en CDMX?
- ¡Nos gustaría conocer tu experiencia!



CONTACTÁNOS

Elizabeth Zariñana
cel: 5618445910
correo: 2182026822@alumnos.xoc.uam.mx

Patricia Lima
cel: 777 442 1901
correo: 2183025490@alumnos.xoc.uam.mx



UN POCO DE INFORMACIÓN

La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es, de acuerdo con el Gobierno de la Ciudad de México: [...] un derecho humano garantizado a las mujeres de la Ciudad de México y un servicio médico al que toda mujer tiene derecho, si desea interrumpir el proceso de gestación.

DESCUIDA

La información que nos proporcionas estará resguardada por el anonimato y solo tendrá usos académicos

3.5- ¿Qué te motivó a tomar la decisión de interrumpir el embarazo en una clínica de la ILE de servicios públicos y por qué en esa clínica? ⁴

3.6- ¿Habías abortado antes?

3.7- ¿Hubo algo en tu entorno que te hiciera dudar o afirmar tu decisión?

3.8- ¿Consideraste abortar en una clínica privada o hacerlo por tu cuenta con ayuda de amigas, conocidas? Si es afirmativa la respuesta: ¿Cómo fue tu experiencia?⁵

4. Experiencia al llegar a la clínica

4.1- ¿Cómo fue el llegar a la clínica el día de la interrupción? ¿Cómo te preparaste? ¿Qué sentías/pensabas? ¿Fuiste sola o acompañada? ¿Quién te recibió? ¿Te hicieron esperar? ¿Te atendió un médico o una médica?⁶

4.2- ¿Te abordaron personas que quisieran persuadirte para cambiar de decisión? ¿Quiénes y cómo?⁷

5. Procedimiento médico

5.1- ¿Qué procedimiento te realizaron? ¿Sabes por qué te dieron esta opción? ¿Te comentaron si podría haber complicaciones durante el procedimiento?⁸

5.2- ¿Te cobraron? ¿Te pidieron estudios o algo parecido, ultrasonido, química sanguínea, etcétera?

6. Después del procedimiento

⁴ Objetivo: Nivel de confianza que brindan los servicios públicos y como las usuarias son receptoras o cuales son los factores de elegir tomar el servicio ahí.

⁵ Objetivo: Ubicar el alcance de sus medios y como estos influyen en la decisión

⁶ Objetivo: conocer el contexto y la primera impresión del servicio

⁷ Objetivo: identificar cómo influyen los grupos conservadores en los servicios de la ILE

⁸ Objetivo: Conocer si las mujeres tuvieron la información necesaria respecto a lo que implicaba cada uno de los procedimientos que se realizan y lo que implicaba en su organismo

6.1- ¿Qué hiciste después del procedimiento? ¿Te dieron algún seguimiento como acompañamiento psicológico o te dieron otra cita para revisar que todo estuviera bien?⁹

6.2 ¿Qué sucedió contigo después de la interrupción, física y emocionalmente?¹⁰

7. Opinión de la “usuaria” sobre la ILE

7.1 ¿Recomendarías la clínica en la que llevaste acabo la ILE? ¿Qué propondrías para mejorar la atención en las clínicas a partir de tu experiencia?¹¹

Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada para el personal de salud que atiende la ILE

Nombre:	Edad:	Hospital/Clínica en la que labora:
Cargo:		Especialidad:

1.- ¿Hace cuánto tiempo que ejerce su profesión?

2.- ¿Qué opina de la demanda que tiene el servicio de la ILE?

3.- ¿Recuerda cómo era el servicio en 2013? ¿A qué cree que se daba que en ese año se hayan realizado el mayor número de ILE?

4.- ¿Qué piensa de la ILE, le parece que es un servicio digno?

5.- ¿En algún momento hizo uso de la OC?

6.- ¿Cuáles son las indicaciones que se le dan a las mujeres cuando acceden a la ILE?

⁹ Objetivo: identificar si existe un seguimiento por parte de los servicios después de la interrupción

¹⁰ Objetivo: Conocer el impacto social, físico y emocional que tuvo la “usuaria”. Esto nos ayudaría al debate respecto a la culpa que genera abortar.

¹¹ Objetivo: identificar los aciertos y los errores de la implantación del programa a partir de la experiencia de la usuaria.

6.1 ¿Se les da un seguimiento?

7.- ¿Cómo fue el servicio de la ILE durante la pandemia?

8.- ¿Considera que es un servicio de fácil acceso?

9.- ¿Cuál es la importancia de brindar el servicio de la ILE?

10.- ¿Considera que el servicio podría mejorar?

Anexo 5. Métodos anticonceptivos para mujeres y varones, Gobierno de México.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Parche anticonceptivo	Libera dos hormonas de forma continua, una progesterona y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudio sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal como se aplican continuamente	El parche y el anillo vaginal proporcionan seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo.	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia)

				menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que pierde con la menstruación disminuye los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de espermatozoides con el óvulo	98% si se utiliza de manera correcta y sostenida. 85% como se usa comúnmente.	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten.	90% si se usa de manera correcta y sostenida. 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticonceptivo permanente por el cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos.	Impide que haya espermatozoides en la eyaculación.	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen.	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan los espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Esterilización femenina (ligadura de trompas; salpingectomía)	Anticonceptivo permanente por el cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio,	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menos de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos,	99% si se aplica de manera correcta y sostenida. 98% como se practica comúnmente.	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre fecundidad.
Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg o levonorgestrel 1.5 mh.	Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.	Retrasa la ovulación.	Si 100 mujeres tomaran la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo probablemente una quede embarazada	No altera el embarazo si este ya se ha producido.

Fuente: Elaboración propia con datos de la página web del Gobierno de México