



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**  
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO  
**DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES**

**Conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductiva ante el aborto. Estudio en Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORA EN ESTUDIOS REGIONALES**

PRESENTA  
**ZEDXI MAGDALENA VELÁZQUEZ FIALLO**

DIRECTORA DE TESIS  
**DRA. ROSARIO GUADALUPE CHÁVEZ MOGUEL**

CO-DIRECTORA DE TESIS  
**DRA. LETICIA PONS BONALS**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS  
DICIEMBRE, 2018





DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO  
DES CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS REGIONALES  
ÁREA DE TITULACIÓN  
AUTORIZACIÓN/IMPRESIÓN DE TESIS



F-FHCIP-TD-016

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
13 de marzo de 2019  
Oficio No. TDER/168/2019

**C. Zedxi Magdalena Velázquez Fiallo**

Promoción: **Octava**

Matrícula: **PS274**

Sede: **Tuxtla Gutiérrez**

Presenta:

Por medio del presente, informo a Usted que una vez recibido los votos aprobatorios de los miembros del JURADO para el examen de grado del Programa de Doctorado en Estudios Regionales, para la defensa de la tesis intitulada:

Conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductiva ante el aborto. Estudio en jurisdicciones sanitarias regionales de Chiapas.


Se le autoriza la impresión de seis ejemplares impresos y cuatro electrónicos (CDs), los cuales deberá entregar:

- Un CD: Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Un CD: Biblioteca de la Facultad de Humanidades C-VI.
- Seis tesis y dos CD: Área de Titulación de la Coordinación de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades C-VI, para ser entregados a los Sinodales y a la Coordinación del Doctorado en Estudios Regionales.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

*"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"*

  
**Mtro. Fredy Vázquez Pérez**

Director de la Facultad de  
Humanidades Campus VI

Vo. Bo.

  
**Dra. Luisa Aurora Hernández Jiménez**

Coordinadora del Doctorado en  
Estudios Regionales

La realización de esta investigación fue posible gracias a la Beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), con número **561427**, durante mis Estudios de Doctorado en Estudios Regionales en la Universidad Autónoma de Chiapas, (Unach).

# ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1. LA REGIÓN DE ESTUDIO .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Los Estudios Regionales .....</b>	<b>15</b>
1.1.1. La regionalización.....	15
1.1.2. ¿Por qué un Estudio Regional?.....	20
1.1.3. Un estudio regional educativo.....	23
1.1.3.1. La inclusión de la investigación en el campo educativo. Reflexiones desde la teoría de los ámbitos de la educación.....	24
1.1.3.2 Retos educativos modernos .....	28
1.1.4. Tensiones globales-locales en la región de estudio.....	29
<b>1.2. Construcción de la región de estudio. Espacio y tiempo.....</b>	<b>33</b>
1.2.1. Criterios de delimitación de la región de estudio. Región plan.....	33
1.2.2. Las Jurisdicciones Sanitarias Regionales del sistema de salud del estado de Chiapas: contexto y región .....	34
1.2.3. Los departamentos de Planificación familiar como espacios de interacción. Región sede.....	47
<b>1.3. Estudio regional constructivista.....</b>	<b>49</b>
1.3.1. Los/as prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva como actores en su interacción con la estructura institucional-normativa.....	49
1.3.2. El interaccionismo simbólico como forma de acceder a la realidad estudiada. .	53
1.3.3. Propuesta metodológica desde los estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas) .....	55
1.3.4. Las técnicas e instrumentos de acceso a la información .....	56
1.3.4.1 La encuesta .....	57
1.3.4.2 La entrevista en profundidad .....	58
1.3.4.3 La usuaria simulada: una propuesta desde la observación participante.....	61
1.3.4.4 El diario de la entrevistadora.....	64
1.3.5. Consideraciones éticas de la investigación .....	64
1.3.6. Análisis de la información.....	67
.....	70
<b>Capítulo 2. EL ABORTO: UN SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REGIÓN .....</b>	<b>71</b>
<b>2.1. La salud sexual y reproductiva en el campo de la salud pública .....</b>	<b>72</b>
2.1.1. Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el debate de los derechos humanos. Marco normativo .....	72
2.1.2. La salud sexual y reproductiva en el marco del derecho internacional.....	72
2.1.2.1 Organismos internacionales opositores de la práctica del aborto .....	82
2.1.3. La salud sexual y reproductiva en la legislación nacional y estatal .....	86
2.1.3.1 Acceso a los servicios de Interrupción del Embarazo: Instrumentos de observancia nacional.....	88

2.1.3.2 Prestación de servicios de salud: Instrumentos de observancia nacional .....	89
2.1.4. El impacto del marco normativo internacional, nacional y estatal en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.....	94
<b>2.2. El aborto: un servicio en el área de la salud sexual y reproductiva.....</b>	<b>96</b>
2.2.1. Principales debates en torno a la práctica del aborto .....	96
2.2.2. La despenalización del aborto en México .....	98
2.2.3 El aborto en Chiapas: una práctica no punible.....	104
2.2.3.1 Aborto por violación.....	107
2.2.3.2 Aborto por malformaciones congénitas .....	109
2.2.3.3 Aborto por peligro de muerte de la mujer .....	111
2.2.4 Lo personal es político. Sobre la importancia de legislaciones sobre el cuerpo	112
<b>2.3. Mecanismos regionales para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.....</b>	<b>115</b>
2.3.1. Enfoques, problemas y perspectivas en la formación de prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductivas.....	115
<b>CAPÍTULO 3. PRESTADORES/AS DE SERVICIOS REGIONALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA FRENTE AL ABORTO .....</b>	<b>119</b>
2.3.2. Los sujetos de estudio .....	120
<b>3.2. Sus conocimientos .....</b>	<b>122</b>
3.1.1. Conocimientos sobre la normativa y espacios educativos de adquisición.....	125
3.1.2. El impacto de las instituciones sociales religiosa, educativa formal y jurídica en la adquisición de conocimientos.....	140
<b>3.2. Actitudes.....</b>	<b>150</b>
3.2.1 Posicionamientos personales respecto a la práctica del aborto.....	153
3.2.1 Denuncias individuales hacia los mecanismos institucionales.....	165
.....	172
<b>Capítulo 4. DESARROLLO HUMANO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD .....</b>	<b>173</b>
<b>4.1. El desarrollo como libertad .....</b>	<b>173</b>
4.1.1. El acceso a la salud como elemento del desarrollo .....	178
4.1.2. El acceso a los conocimientos como elemento del desarrollo.....	184
<b>4.2. Propuesta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco del desarrollo.....</b>	<b>187</b>
4.2.1 Perspectiva de ciudadanía y derechos humanos .....	189
4.2.2 Perspectiva de género .....	191
4.2.3 Perspectiva intercultural.....	195
<b>Conclusiones .....</b>	<b>197</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>205</b>
.....	210
<b>Referencias.....</b>	<b>211</b>

## INTRODUCCIÓN

La investigación realizada buscó conocer y analizar los conocimientos y actitudes que asume el personal prestador de servicios de salud con relación al aborto y en qué medida estos limitan el acceso a dicho servicio; así mismo, dar cuenta de las instituciones sociales que orientan sus posicionamientos personales y de qué manera lo hacen; para finalmente ofrecer una propuesta de transformación que involucre al personal.

En lo que respecta al aborto inducido, existe todo un marco normativo tanto a nivel internacional como nacional y estatal, que obliga a las instancias de salud a garantizar el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en ciertas circunstancias a las mujeres que así lo soliciten. Sin embargo, en la realidad no se refleja el pleno acceso de las mujeres a este derecho considerado, además, en el marco internacional de los Derechos Humanos.

El sistema de salud del estado de Chiapas, subdividido en Jurisdicciones Sanitarias Regionales, es muestra de cómo estas políticas públicas no han sido aterrizadas para la atención de las problemáticas locales: se ha observado la negativa a nivel político e institucional de establecer un protocolo de actuación o ruta crítica a seguir para atender casos de ILE; no existe un registro público de casos de prestación del servicio clasificado de acuerdo a las causales por las cuales las mujeres acuden a dichos servicios; además de que, en algunos de los casos de atención por

aborto espontáneo, se criminaliza a las mujeres iniciando procesos penales en su contra por el delito de aborto o por el delito de homicidio en razón de parentesco (delitos contra la vida y la integridad corporal); prueba de ello es que existen 87 casos denunciados en averiguaciones previas y carpetas de investigación por el delito de aborto, según datos de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas en el periodo de 2010 a 2016 (PGJE, 2016). Lo anterior permite suponer que, por un lado, el personal conoce los mecanismos para atender y canalizar casos de aborto espontáneo, pero por el otro, pueden no conocer, no tener o no desear seguir los mecanismos para proporcionar el servicio cuando se trata de un aborto por causal, las cuales, para el estado de Chiapas son: cuando el embarazo es producto de la violencia sexual, cuando el producto presenta malformaciones congénitas o cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.

Esto permite entender que, entre la normativa para garantizar la ILE y el verdadero acceso de las mujeres a este servicio existe una ruptura. En esta investigación se parte del supuesto de que dicha ruptura tiene que ver con las actitudes que asume el personal prestador del servicio de salud y con los conocimientos con los que cuenta en relación a la práctica del aborto, mismos que dan forma a sus posicionamientos personales y orientan sus prácticas y que, en consecuencia, limitan o favorecen el pleno acceso de las mujeres a este derecho.

Este supuesto se refuerza considerando los resultados de una investigación realizada por las organizaciones que conforman la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, que fue acompañada de un monitoreo a las instituciones de salud pública de la entidad sobre la calidad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes de 2007 a 2012 (EGCTF, 2013).

De los resultados que arrojó dicha investigación, destaca que una de las principales causas en la deficiencia en el acceso a los servicios son las actitudes del

personal encargado de prestar dichos servicios<sup>1</sup>, a lo que contribuye el presente estudio regional.

En este, se parte de un posicionamiento de corte constructivista, desde el cual se entiende que la realidad se construye en la interacción entre los sujetos y las estructuras. Como apunta Pons (2017)

El objetivo de los Estudios Regionales es dar cuenta de la medida en que los actores sociales, situados en una unidad espacio-temporal determinada, perciben estas posibilidades, atendiendo a sus capacidades humanas y a las limitaciones estructurales que enfrentan; de la medida en que pueden accionar en distintos sentidos y, desde allí, modificar la dirección de los procesos históricos locales, regionales e, incluso, aportar singularidades al proceso de globalización en el que hoy se encuentran insertos (p. 9).

En este sentido, se entiende al personal como esos sujetos capaces de accionar y, desde sus propias singularidades, aportar en sentido positivo a la transformación de las condiciones actuales que limitan el acceso de las mujeres a sus derechos.

Así, se delimitó como región de estudio, las jurisdicciones I y II del Sistema Estatal de Salud de Chiapas, a partir de algunos criterios de selección de corte estadístico. La metodología a través de la cual se dio el acercamiento a la región fue desde el interaccionismo simbólico, a partir del cual se entiende a los sujetos como parte fundamental de la transformación en la medida en que interactúan con la estructura.

Se incorporó además la metodología de los Estudios denominados CAP (Conocimientos-Actitudes-Prácticas) con una adaptación realizada de acuerdo a los objetivos de esta investigación. Dicha metodología, mayormente utilizada en los estudios en salud pública, plantea el acercamiento a los sujetos con el fin de conocer

---

<sup>1</sup> Consultar: Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C. [EGCTF] (2013). *Monitoreo de la instrumentación del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012*. México: Hélice.



y analizar sus conocimientos, actitudes y prácticas para posteriormente elaborar propuestas de mejora que involucren dichos conocimientos, actitudes y prácticas.

Haciendo una combinación de ambos posicionamientos metodológicos, se utilizaron las técnicas de entrevistas en profundidad, encuestas y usuarias simuladas para la recopilación de la información.

Es así como se llevó a cabo la investigación sobre los conocimientos y actitudes del personal prestador de servicios de salud Sexual y Reproductiva (SyR) de las Jurisdicciones Regionales Sanitarias I y II, misma que se presenta en este informe de investigación estructurado de la siguiente manera.

En el primer capítulo denominado “La región de estudio” se da cuenta de los asuntos teóricos, metodológicos y contextuales que envuelven a la región de estudio; así como de las precisiones acerca de los posicionamientos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnico instrumentales adoptados para dar curso a la investigación.

El segundo capítulo, “El aborto: un servicio de salud sexual y reproductiva en la región” describe y analiza las políticas públicas tanto a nivel internacional, como nacional y local en las que se garantiza el acceso a la salud SyR de las mujeres, haciendo énfasis en aquellas que establecen los lineamientos para la prestación de servicios de ILE; posteriormente se da cuenta, después del análisis de la información brindada por las y los colaboradores, de los mecanismos a partir de los cuales se prestan dichos servicios en la región de estudio y en qué medida estos se corresponden con la normativa oficial.

En el tercer capítulo denominado “Prestadores/as de servicios regionales de salud sexual y reproductiva frente al aborto” se presenta la caracterización de los sujetos de estudio para posteriormente hacer un análisis más profundo considerando las categorías emergidas del análisis de la información recabada de las técnicas de investigación. Se da cuenta de los conocimientos que posee el personal, así como de las instituciones sociales que se identificaron como orientadoras de

dichos conocimientos; en cuanto a las actitudes, se reflexiona sobre los posicionamientos personales de las y los colaboradores, así como de las denuncias que a nivel individual tienen hacia la institución, mismas que pueden ser leídas como formas de resistencia al peso de la estructura.

Finalmente, en el capítulo 4 “Desarrollo humano y acceso a servicios de salud”, se presenta una reflexión acerca de la posibilidad de considerar el acceso a la salud y a la educación como elementos detonadores del desarrollo humano, teniendo como medios, por un lado, la ampliación de las libertades humanas y por otro el acceso a la justicia social.

En este sentido, se ofrece, como elemento final de la investigación, una propuesta de formación para el personal que involucra el fortalecimiento de las perspectivas de ciudadanía y derechos humanos, de género e interculturalidad; asumiendo que esto permitiría transformar la relación que se establece con las usuarias y en consecuencia hacer posible el acceso efectivo a los servicios de ILE.

## CAPÍTULO 1. LA REGIÓN DE ESTUDIO

La realización de un estudio de corte regional implica necesariamente que quien investiga transite por un proceso permanente de delimitación de las fronteras de los espacios, tiempos y dinámicas sociales que interesa conocer. Por tanto, la región se convierte en una construcción y es la investigadora quien delimita el espacio y tiempo que le permitirán comprender y explicar el problema que se plantea. El propósito de este capítulo es ubicar la investigación realizada en el campo de los Estudios Regionales.

### **1.1. Los Estudios Regionales**

#### *1.1.1. La regionalización*

La regionalización se entiende como el proceso de definición de las fronteras espacio-temporales que cercan el objeto de estudio. Antes de proceder al análisis de los modos de regionalización útiles para este estudio, conviene hacer un breve recorrido sobre las nociones de región como concepto, lo que permite comprender y justificar la elección de los espacios que más adelante se detallan.

Hablar de región implica, en un primer momento, remitirnos a la idea de espacio, pues es este concepto el que da sustento al resto.

Según Palacios “la noción de espacio más generalizada y simple que existe, es la de algo vacío; es decir, un recipiente que puede ser “llenado” o “vaciado” introduciendo o retirando objetos reales, algo que es susceptible de ocuparse o ser desocupado” (1983, p. 56), sin embargo, este mismo autor afirma que la utilización cotidiana de esta definición de espacio resulta sumamente reduccionista cuando se la intenta aplicar a un estudio científico de corte regional, pues tiende a reforzar la idea de que los objetos del mundo real pueden existir “fuera del espacio”.

Ante esto, Palacios (1983) aclara que no es posible que el espacio exista por sí solo, vacío y alejado de los objetos de existencia real. Por tanto, debe entenderse como una dimensión inherente a todos los objetos y a las situaciones y procesos del mundo material, al igual que el tiempo. Estas dos dimensiones, tiempo y espacio, son las que necesariamente deben estar presentes cuando se emprende la tarea de regionalizar.

En suma, queda entendido que “el espacio es una dimensión de la realidad material y no otra realidad distinta en donde puedan inscribirse objetos y procesos” (Palacios, 1983, p. 57).

En un segundo momento, es importante traer un concepto al que también nos remitimos de manera superflua al hablar de región, que es el de territorio.

Es conveniente tener claro que hablar de territorio implica precisar su relación con el concepto de espacio, pues el uso de ambos ha sido utilizado generalmente para referirse a lo mismo. Palacios aclara que la superficie terrestre no es lo mismo que espacio “sino un objeto concreto con las mismas dimensiones de cualquier otro objeto físico: la temporal y la espacial” (1983, p. 57).

Finalmente, este autor invita a hacer la distinción entre espacio y espacialidad, con el fin de evitar alguna confusión como las que he venido mencionado; debemos

entender la espacialidad como una característica de todo aquello que existe materialmente, como una propiedad inherente a los objetos en tanto entes físicos. A saber, las formas de determinar la espacialidad de un objeto varían en función del fenómeno y disciplina desde la cual se estudie.

Pero en el campo de las ciencias sociales, se debe entender que los procesos no pueden darse en abstracto, sino que se desarrollan sobre la base de objetos físicos de existencia material, mismos que poseen espacialidad.

En conclusión, Palacios ayuda a comprender que para tener una idea clara de una problemática regional y del concepto de región en sí mismo debe tenerse en cuenta

que el espacio no es un recipiente que pueda llenarse y vaciarse con los objetos y relaciones del mundo material, sino que es dimensión y condición primaria de su existencia. No debe confundirse, por lo tanto, con territorio o superficie terrestre, ya que, incluso estos, tienen una dimensión espacial. Sobre esta superficie es donde se desarrollan los procesos naturales y los fenómenos sociales. Toda diferenciación que se haga de las distintas partes de un territorio, tendrá que hacerse a partir de dichos procesos o en referencia a aspectos determinados de los mismos. La dimensión espacial se manifiesta, por lo tanto, desde el momento en que se reconoce la existencia de lo real (1983, p. 58).

Con lo anterior tenemos una base para comprender el concepto de región. Lo primero que queda claro es que, como afirma Tabares (en Alzugaray, 2009), no hay regiones que se den de forma natural. La región es producto de una construcción intelectual que realiza quien investiga con el fin de delimitar el espacio y tiempo en que tiene lugar el fenómeno o problema que le interesa comprender y explicar (Pons y Cabrera, 2015).

Etimológicamente hablando, 'región' deriva del vocablo latino regio que se refiere a un área administrativa o una amplia área geográfica distinguida por rasgos similares. Si hurgamos más profundamente también podemos encontrar que la voz latina que originó a regio fue regere, que significa 'dirigir, gobernar'. La historia nos dice por consiguiente que 'región' no sólo tiene una connotación geográfica sino también política (Tabares, en Alzugaray, 2009, pp. 5-6).

En este sentido, Perroux, uno de los principales teóricos que han aportado a la construcción de la ciencia regional, ofreció algunos elementos para entender la región a partir de la noción de espacio económico.

Para él, al hablar de espacio económico se deben considerar tres aspectos fundamentales: en primer lugar, que estos se delimitan con base en un plan, que determina un área geográfica específica y puede ser definida tanto por un organismo público como privado. En segundo lugar, debemos considerar que un espacio regional se construye en función de su relación con un campo de fuerzas, es decir, la influencia que tiene un espacio da forma a la región. Y finalmente, debemos entender el espacio económico como un agregado homogéneo, lo que hace referencia a que son áreas que comparten un elemento común (en Rionda, 2008).

Por su parte, Ginsburg (1958) afirmaba que hablar de región implica inmiscuirse en un mundo de significados. Existen tantas formas de entenderla como profesiones. Cada disciplina o área de conocimiento utiliza el término de acuerdo a fines específicos. Este teórico sostiene que, si bien existen diversas formas de entender la región, una forma fundamental de hacerlo es verla como unidad de comprensión.

“El profesor E. R. G. Taylor define la "región por planificar" como "una unidad de área de la superficie de la tierra distinguible de un área pura y simple por el hecho de mostrar algunas características o propiedades unificadores" (en Ginsburg, 1958, p. 784).

Estas características unificadoras pueden ser resultado de diversos procesos o fenómenos como, por ejemplo, la región geográfica, delimitada por acontecimientos o características naturales que actúan como propiedades unificadoras de determinados territorios y que al mismo tiempo les distinguen de otras.

Otro de los procesos que puede dar pie a la delimitación de las regiones son los efectos de la actividad humana, como los asentamientos que comenzaron de

manera artificial, pero que su perpetuación provocó la delimitación de áreas geográficas más fuertes.

Finalmente, las regiones pueden ser resultado de la actividad humana directa, aunque no siempre se tenga un trasfondo geográfico que la determine, las regiones pueden delimitarse a partir de situaciones históricas o políticas, culturales o de mercado. También puede darse el caso de la combinación de diversos procesos de pie a las regiones.

Podemos ver que en las aportaciones de Ginsburg (1958) se presenta ya una clasificación de los tipos de regiones que pueden existir, de acuerdo al proceso por el cual han sido delimitadas.

Otro autor que nos ofrece una clasificación de los tipos de regiones es Boudeville (1959), quien en sus aportaciones sobre la región económica distingue tres tipos de espacios económicos, forma en que él denomina a la región, que tiene sus bases en las aportaciones de Perroux, pero que Boudeville, según Rionda (2008) y Palacios (1983), elabora de manera más sofisticada y clara, sin las ambigüedades con las que el primero construyó sus propuestas.

Boudeville (1959) define tres tipos genéricos de región, con base en la definición de los espacios económicos de Perroux. A saber, estos son el espacio homogéneo, el espacio polarizado o funcional y el espacio-plan, también conocido como espacio-programa.

Él define el espacio homogéneo como el más simple de entender, pues se delimita a partir de las características semejantes que las áreas que lo componen presentan entre sí, por ejemplo, la geográfica. Es la noción de región más utilizada en la economía, demografía y geografía. Este tipo de región “está definida por la mínima dispersión de las características de cada unidad elemental comparada con la del término medio del conjunto. En otros términos, cada parte presenta caracteres

comunes y las diferencias entre estos diversos elementos así caracterizados son relativamente tan débiles como posibles” (Boudeville, 1959, p. 60).

Por su parte y un tanto más compleja que la noción de espacio homogéneo, tenemos la de espacio polarizado o funcional, que hace referencia a las regiones construidas a partir de vínculos específicos, sin que necesariamente tengan características semejantes. Es pues, “un espacio heterogéneo cuyas distintas partes son complementarias” (Boudeville, 1959, p. 55).

Finalmente, tenemos la región entendida a partir de la noción de espacio plan o programa. Esta se refiere a las regiones construidas con objetivos determinados que generalmente responden a la voluntad política y es precisamente esta noción la que da pie a la delimitación de la región de estudio en esta investigación que se describirá de manera detallada en los siguientes apartados.

### *1.1.2. ¿Por qué un Estudio Regional?*

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto y recordando el objetivo general de la investigación, que es dar cuenta de los conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud SyR frente al aborto y el impacto que éstos tienen en la prestación de servicios, a continuación es preciso justificar la pertinencia de este estudio en el campo de los Estudios Regionales (ER) atendiendo a los fines que este persigue.

Para que un estudio pueda ser considerado como regional debe, al menos, explicar procesos sociales diferenciados o explicar por qué se constituye una sociedad diferente en un determinado espacio en relación con otro; uno de sus fines, y que considero el más importante, debe ser el ofrecer soluciones o alternativas de desarrollo en los términos que quien investiga considere importantes o convenientes



en relación con la problemática observada; debe promover la solución a la desigualdad o la desconexión que se generan por el manejo desequilibrado de las diferencias; y finalmente, para explicar dichos procesos diferenciados y promover alternativas de desarrollo, debe considerar los elementos tanto locales como globales que lo determinan, o endógenos y exógenos, en palabras de Boisier (1997), así como valerse de los aportes de diversas disciplinas, buscando la transdisciplinariedad, o al menos la interdisciplinariedad, al explicar y dar solución al problema que se plantea.

En la región de estudio que se construyó se identificaron estos elementos para justificar su realización en el campo de los ER.

En el estudio se da cuenta de la forma en que los efectos de la globalización se han adoptado en este espacio regional de forma diferenciada respecto a otros, trayendo como consecuencia, en algunos casos, situaciones de desigualdad. También se da cuenta de la desigual concentración de los servicios médicos, especialmente los referidos a la salud SyR en territorios caracterizados por la marginalidad y pobreza, como lo ha sido históricamente el estado de Chiapas, sobre todo en las regiones con mayor población indígena.

En la última parte del estudio se ofrece una alternativa de desarrollo, entendiéndolo en los términos en que Sen (2007) lo propone; desarrollo como libertad, que consiste en la posibilidad de ampliar las libertades de los individuos de manera que puedan decidir, de entre varias alternativas, la que consideren más conveniente, y que esto se traduzca en un mayor y mejor acceso a la ILE como un derecho SyR para las usuarias, siendo una opción en el control de su reproducción; pero que también se refleje en el acceso a los conocimientos que la ciencia pone a disposición de los individuos, en este caso, de prestadores/as de servicios y su derecho a formarse y capacitarse para prestar dichos servicios.

Así mismo, para ofrecer una alternativa de desarrollo, se retoman las aportaciones que Sergio Boisier expone en “El vuelo de una cometa. Una metáfora

para una teoría del desarrollo territorial” (1997), artículo en el que plantea una nueva forma de entender el desarrollo territorial que considera tanto elementos endógenos como elementos exógenos del territorio. Es decir, que para que exista desarrollo en determinado espacio es necesaria la convergencia, por un lado, de la capacidad organizativa de la sociedad, y por el otro, de la intervención de actores externos, por ejemplo, la del Estado, a través de algún plan normativo.

La región que Boisier propone en su estudio es aquella que se construye en la relación entre intenciones exógenas y endógenas; pero no basta con que existan ambos elementos, sino que es necesario, para que exista una región, que ambos elementos interactúen y se combinen. Si estos dos elementos se combinan de manera equilibrada y realizan negociaciones positivas, posibilitarán el desarrollo territorial de esa región.

Así, en este estudio, el desarrollo se entiende no sólo en términos económicos sino, como mencioné antes, como la posibilidad de expansión de las libertades de los individuos. En este sentido se puede observar que, de las disposiciones que intervienen en la región propuesta, las jurídico-legales y las económicas actúan como los elementos exógenos de los que habla Boisier (1997), pues en gran medida dependen de la intervención del Estado, mientras que las prácticas culturales y los aprendizajes o conocimientos requeridos por los actores se consideran como los elementos endógenos, pues refieren a la capacidad organizativa de éstos; y ambos impactan en la prestación de los servicios de salud SyR. Se espera que ambos elementos lleguen a establecer un equilibrio y negociación que haga posible el desarrollo de la región propuesta.

Es tomando en cuenta lo expuesto antes que se abordan los conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud SyR frente al aborto y el impacto que estos tienen en el acceso a este servicio, desde el campo de los ER, reconociendo las prácticas de estos actores en su relación con las dinámicas que suceden a nivel

global y que se desarrollan en las sedes referidas a los Departamentos de Planificación Familiar de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales que conforman el Sistema de Salud del Estado de Chiapas, bajo el supuesto de que son éstos (los conocimientos y las actitudes) los que limitan el acceso a los servicios de ILE y con el fin de ofrecer una alternativa de desarrollo humano que permita crear mejores condiciones de vida tanto para los actores principales, es decir, los/as prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductiva, como para los demás actores implicados en el problema que se plantea, principalmente, las mujeres usuarias de dichos servicios.

El campo de los ER representa un espacio adecuado para desarrollar esta investigación, pues no solo permite que se dé cuenta de los procesos que ocurren de manera diferenciada en los diferentes territorios, sino que además permite conocer los motivos que orientan dichas acciones y que desencadenan en situaciones de desigualdad; así mismo, permite ofrecer alternativas reales de solución a dichas desigualdades a través de la posibilidad de que los involucrados puedan generar mayores libertades.

### ***1.1.3. Un estudio regional educativo***

El presente apartado tiene el propósito de reflexionar sobre algunos aspectos que permiten dar sentido y justificación a la investigación en el campo de los ER.

Se presenta una discusión acerca de la importancia de recuperar espacios ajenos a la escuela como posibilitadores de procesos educativos; así como argumentos para incluir otras instituciones sociales, además de la escolar, en el campo de la investigación educativa regional, a partir de aportaciones de la sociología de la educación y la teoría de los ámbitos de la educación. Se describen algunas tensiones que la educación, entendida como proceso de formación y

transmisión de saberes, ha enfrentado a raíz de los cambios en las dinámicas sociales globales que la modernidad ha traído consigo y la necesidad de adaptarse a ellos. Y finalmente se plantean algunos elementos para entender la región de estudio, haciendo énfasis en las tensiones entre los elementos globales que la determinan; así como en la forma en que los elementos locales impactan a nivel global.

*1.1.3.1. La inclusión de la investigación en el campo educativo. Reflexiones desde la teoría de los ámbitos de la educación*

El objetivo de la investigación fue analizar los conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud SyR ante el aborto y el impacto que estos tienen en la prestación de dichos servicios.

Me permitiré iniciar la reflexión teórica a partir de la argumentación sobre la importancia de considerar un trabajo como este, inserto en el campo de la investigación educativa.

Generalmente, cuando se habla de educación nos trasladamos de inmediato o vienen a nuestra mente aspectos, situaciones, características, elementos y demás variables que tienen que ver con la escuela, en consecuencia, cuando se habla de investigación educativa, generalmente nos limitamos a explicar problemáticas que ocurren dentro del espacio escolar y áulico, o en algunos casos, entre los actores de la escuela en espacios ajenos a esta, pero que se relacionan directamente.

Sin embargo, resulta conveniente, cuando se habla de educación, mirar e incluir también todos aquellos procesos que posibilitan la adquisición de conocimientos y construcción de significados en las personas, y evidentemente, estos procesos no ocurren única y exclusivamente dentro del espacio escolar.

Tal es el caso de los sujetos principales de esta investigación y del objeto de estudio, que son los conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud; estos pueden ser entendidos como procesos educativos, pues son producto

de la formación de los sujetos durante su vida, en la que discurren diferentes instituciones sociales, además de la escolar. Resulta necesario ofrecer, pues, un concepto de educación hacia el que me inclinaré para justificar lo expuesto anteriormente.

Para iniciar, en términos llanos, y según el Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación (Pikardo, 2004), este concepto tiene sus orígenes etimológicos en el latín *educere*, que significa: de ex, fuera; y, también latín, *educare*, que hacía referencia a la alimentación del ganado. En este sentido, retomando las raíces etimológicas de la palabra, en un primer momento podemos entender educación como un proceso de “transmisión”.

Por otro lado, retomando las aportaciones de Cunnigham (en Picardo, 2004), “la educación es un proceso de crecimiento y desarrollo por el cual el individuo asimila un caudal de conocimientos, hace suyo un haz de ideales de vida, y desarrolla la habilidad de usar esos conocimientos en la prosecución de estos ideales” (p.92). En esta definición puede hacerse notar el carácter social de la educación.

Ahora bien, si retomamos algunas de las aportaciones de uno de los autores clásicos de la sociología de la educación, Durkheim (1975), tenemos que

se puede decir que hay tantos tipos diferentes de educación como capas sociales diferentes hay en dicha sociedad (...) cada profesión constituye un ámbito sui generis que recaba aptitudes concretas y conocimientos especiales, en los que imperan determinadas ideas, determinadas costumbres, determinadas maneras de contemplar las cosas (p.50).

Lo anterior se recupera como principio teórico de esta investigación pues permite entender que, independientemente de la naturaleza y fines de la educación, se le puede definir como un proceso que se manifiesta en diferentes espacios, atravesados estos por determinantes contextuales que van moldeando diversidad de aprendizajes, reflejados en conocimientos y actitudes de las personas.

En este mismo sentido en el que Durkheim plantea entender la educación, como proceso de transmisión de saberes, puede inferirse que, además de la escuela, existen otras instituciones sociales que cumplen este papel. Ejemplo de dichas instituciones sociales es la iglesia, respecto a esto, el autor menciona que

No existe pueblo alguno donde no haya un cierto número de ideas, de sentimientos y de prácticas que la educación deba inculcar indistintamente a todos los niños, independientemente de la categoría social a la que pertenezcan éstos. Incluso, ahí donde la sociedad está fragmentada en castas cerradas las unas a las otras, siempre existe una religión común para todos y, consecuentemente, los principios de la cultura religiosa, que se torna entonces fundamental, son los mismos en los diversos estamentos de la población (1975, p.51).

De esta manera, podemos entender que, así como los procesos educativos se dan en diferentes espacios y de diferentes formas, los fines de cada educación son distintos. Sobre esto, y aunque Durkheim ve en la educación una estructura reproductora y homogeneizadora, en un primer momento esto permite reflexionar sobre su carácter social, que es lo que interesa para esta argumentación.

Al respecto, el autor menciona que, entre las misiones fundamentales de la educación se encuentran los objetivos de producir:

1. Un cierto número de estados físicos y mentales que la sociedad a la que pertenece considera como debiendo florecer en cada uno de sus miembros.
2. Ciertos estados físicos y mentales que el grupo social específico (casta, clase, familia, profesión) considera asimismo como debiendo existir en todos aquellos que lo constituyen. Por consiguiente, es la sociedad, en su conjunto, y cada ámbito social específico, los que determinan ese ideal que la educación realiza. La sociedad no puede subsistir más que si existe entre sus miembros una homogeneidad suficiente: la educación perpetúa y refuerza dicha homogeneidad, fijando por adelantado en el alma del niño las similitudes esenciales que requiere la vida colectiva. Sin embargo, por otra parte, sin una cierta diversidad toda cooperación resultaría imposible: la educación asegura la persistencia de dicha diversidad necesaria, diversificándose por sí mismo y especializándose. Si la sociedad llega a ese nivel de desarrollo en que las antiguas escisiones en castas o clases no pueden ya ser mantenidas, prescribirá

una educación más uniforme en su base. Si, al propio tiempo, el trabajo queda más dividido, la sociedad provocará en los niños, proyectada sobre un primer plano de ideas y de sentimientos comunes, una diversidad más rica de aptitudes profesionales. Si vive en estado de conflicto con las sociedades circundantes, se esforzará en formar las mentes según un modelo de inspiración netamente patriótica; si la competencia internacional adopta una forma más pacífica, el tipo que trata de realizar resulta más generalizado y más humano. La educación no es, pues, para ella más que el medio a través del cual prepara en el espíritu de los niños las condiciones esenciales de su propia existencia (pp. 52-53).

Finalmente, y respecto a la educación, Durkheim concluye ofreciendo una definición completa y elaborada de educación, entendiéndola como

la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquéllas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social. Tiene por objeto el suscitar y desarrollar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado (1975, p. 53).

Si bien, el posicionamiento epistemológico que se asume en esta investigación es desde un enfoque constructivista, mismo que se retomará más adelante, las aportaciones de Durkheim, de corte funcionalista estructuralista, permiten dar paso a la explicación y argumentación del carácter social de la educación y la diversidad de espacios en los que las prácticas educativas pueden manifestarse.

De lo anterior podemos retomar, con el fin de dar paso a la siguiente reflexión de este trabajo, el hecho de que la educación, además de que tiene implícito un carácter social, tiene como uno de sus fines principales, responder a dinámicas externas o globales que van indicando los modos y deber ser de las personas.

### 1.1.3.2 Retos educativos modernos

Otra de las discusiones que conviene hacer explícitas para este trabajo tiene que ver con los retos que la modernidad presenta y que se hacen evidentes en las tensiones entre el ámbito global y el local o regional, principalmente en el campo educativo.

Respecto a esto, Salas (2006) afirma que nos encontramos ante una época de transformaciones de las dinámicas sociales que plantean nuevas demandas educativas a las que es urgente dar respuesta para vivir en contextos más armónicos.

Un claro y revelador ejemplo del modo en que las dinámicas globales han repercutido en las locales es la transformación del concepto de familia.

La inclusión de las mujeres al campo laboral y profesional supuso una fuerte y drástica transformación de la organización de la institución familiar. Nos hemos alejado cada vez más del viejo modelo de familia conformada por padre, madre e hijos/es en el que el primero fungía como proveedor y protector del resto, mientras que la segunda como encargada de velar por el cuidado y bienestar de todos, haciéndose cargo de las actividades que esto implica y que en su mayoría estaban relegadas al ámbito de lo privado y doméstico.

Sobre esto, Salas menciona que

Un ejemplo de las transformaciones del paso de la Modernidad en su fase industrial a la postindustrial está relacionado con las mujeres. A lo largo del siglo XX hasta hoy, en Occidente se favorece la participación de la mujer en la vida política, social, científica y económica, pero ello ha incidido en cambios profundos en la estructura familiar tradicional y en los roles establecidos desde entonces para las mujeres. El desencadenamiento de eventos no provistos y no deseados vinculados al incremento en los derechos de las mujeres, en cuanto a sus funciones en la trama social tradicional provocaron una quiebra en las premisas de la familia, las relaciones de pareja, la maternidad, el trabajo femenino y los derechos y deseos de las mujeres (2006, p.85).



Esto último, permite entender la cada vez más abierta posibilidad de que las mujeres puedan renunciar o aplazar el cumplimiento de uno de los roles más valorados socialmente, la maternidad.

Las posibilidades de ejercicio de nuevos roles que las transformaciones modernas ofrecen a las mujeres, llevan consigo la necesidad de construir nuevos modelos educativos que den paso a la transformación del imaginario colectivo en el cual las mujeres tienen que ser madres como requisito para demostrar o reforzar su feminidad, por uno donde se descubre la posibilidad de asumir otros roles de manera elegida sin que esto suponga algún tipo de señalamiento, estigma o discriminación.

La transformación de dicho imaginario es tarea de la educación, pues esta, “al igual que todas las instituciones nacidas en la Modernidad enfrenta el reto de ajustar sus funciones y prácticas a las demandas sociales de nuestro tiempo. La comprensión de los profundos cambios y transformaciones de la familia y el sujeto es un factor clave para el giro educativo que está en ciernes” (Salas, 2006, p. 84).

Con ello, se supondría una disminución de los obstáculos que las mujeres enfrentan para acceder a servicios de ILE. Pues, en este trabajo, parto del supuesto de que esta negación tiene que ver, en gran medida, con los conocimientos y las actitudes que los/as prestadores/as de servicios de salud SyR asumen frente a esta práctica, mismos que son producto de procesos educativos desencadenados dentro de diferentes instituciones sociales.

#### ***1.1.4. Tensiones globales-locales en la región de estudio***

Es importante, desde este momento, hacer evidente la relación que se observa entre los elementos locales y los globales en el problema que se plantea, pues esto

permite también reforzar lo contextual y enriquecer la forma en que se entiende la relación entre lo social y lo sistémico.

Para esto, se retoman las aportaciones de diversos autores que ayudan a entender lo global más allá de las relaciones económicas y de mercado, así mismo permiten analizar el impacto de estas relaciones en los espacios locales. En este sentido y para este trabajo, retomaré la noción que ofrece Sen (2007) de globalización, entendiéndola como la necesidad de los grupos humanos de tener contacto con otros grupos con el fin de entenderse mutuamente.

En un primer momento, se puede observar que en el problema planteado, la relación entre lo local y lo global está presente en las disposiciones de tipo jurídico o normativo que a nivel internacional establecen las pautas respecto a la prestación de servicios de salud SyR, incluida la ILE; esto es un ejemplo de lo que a nivel global está sucediendo; se han venido desarrollando múltiples foros, convenciones, conferencias, entre otras reuniones a nivel internacional, que están poniendo sobre las mesas de discusión el tema del aborto. Pero al mismo tiempo, a nivel local, se observa una realidad cada vez más evidente respecto a esta práctica: aumenta el número de mujeres que habla del tema, aumenta también el número de mujeres que se practican un aborto, así como el número de mujeres que, al hacerlo, son procesadas por ser considerado un delito en diversos códigos penales de las diferentes regiones y finalmente, aumenta también el número de mujeres que mueren o tienen consecuencias en su salud a causa de un aborto mal practicado o, como es el caso de esta propuesta, se observa que el personal no cuenta con las herramientas adecuadas para facilitar la prestación de este servicio de salud.

Con lo anterior se puede observar que, así como las prácticas locales están condicionando lo que se debate a nivel global en materia de salud y derechos de las mujeres, la realidad global proporciona lineamientos o insumos acerca de cómo se

debería actuar a nivel local para garantizar este derecho y dar solución a los problemas que su prohibición acarrea.

Con lo anterior podemos suponer, también con base en las aportaciones de Sen (2007), que los beneficios de la nueva dinámica global que posibilitan el acceso a servicios de salud SyR cada vez más sofisticados y que, sobre todo suponen mayores libertades para los individuos, están siendo distribuidos de manera diferenciada en los territorios locales, lo que trae como consecuencia la generación de condiciones de desigualdad e injusticia, ejemplo cercano de esta situación es lo que se vive en la Ciudad de México, donde la legislación para la prestación de servicios de ILE da mayor libertad a las mujeres capitalinas (o quienes puedan viajar) de decidir, que la que se ofrece a las mujeres en el resto del país.

Esta dinámica entre lo local y lo global condiciona también las formas de pensar y las representaciones de los actores respecto al aborto, es decir, los posicionamientos que puedan asumir no están únicamente elaborados desde lo local o individual, sino entre estos y su relación con lo social y lo global.

Sobre esto, García Canclini (1999) entiende que la globalización es un proceso de redefinición de identidades, producto de la interacción con los otros. Las dinámicas globales afectan de diferentes formas la construcción de la identidad propia, que se ve determinada por la forma en que otros nos ven, así como en la recomposición de las tradiciones y prácticas locales. En este sentido, la esfera cultural se ve trastocada por estas dinámicas globales que afectan los procesos de interconexión y el flujo de información (Giménez, 2007), lo que altera la construcción de significados y, en consecuencia, las identidades de los actores.

Y es precisamente este proceso de intercambio de información lo que trae consigo el intercambio de procesos y personas que dan lugar a lo que Castells (1994) denomina sociedad informacional, la cual se caracteriza por los influjos de la sociedad global que posibilitan resignificaciones identitarias, obligando a la

transformación de roles tradicionales que den respuesta o que se ajusten a esta nueva dinámica global. A través de los medios de comunicación o de las tecnologías de la información y comunicación, que hacen llegar lo que en otros espacios se está haciendo o hablando sobre la problemática en cuestión o que muestran otros modos de vida, los actores amplían sus conocimientos, elaboran sus propias representaciones y resignifican sus prácticas.

En este sentido, puede entenderse que esta nueva dinámica global caracterizada por el intercambio de formas de vida, tiene un fuerte impacto en las identidades de los actores y en los roles que estos asumen.

Relacionándolo con el problema que se plantea, puede suponerse que el intercambio de experiencias globales hace posible construir nuevas formas de entender la maternidad, en la que esta ya no representa un destino forzoso para las mujeres. Esta transformación obliga al sistema social a responder a estos nuevos modos de vida a nivel institucional, encaminando diversas acciones como, por ejemplo, las siguientes: gestionando otro tipo de espacios laborales y de desarrollo personal para la inserción de las mujeres, proporcionándoles mayores y mejores servicios de salud SyR que permitan a las mujeres tener el control sobre la decisión de asumir o no el rol de la maternidad, entre los que se encuentran el acceso a métodos anticonceptivos, a los de reproducción asistida, o al aborto. Estas transformaciones repercuten en una variedad de actores, no solo en las mujeres que asumen la decisión de ser madres o no, sino también en el resto de la población, donde se incluyen tomadores/as de decisiones y por supuesto, los /as prestadores/as de servicios de salud.

## 1.2. Construcción de la región de estudio. Espacio y tiempo

### 1.2.1. Criterios de delimitación de la región de estudio. Región plan

Boudeville (1959) presenta la región plan como aquella en la que el funcionamiento de sus diversas partes depende de una decisión central que las coordine; esto se refleja en el “análisis de la elección de los medios geográficos disponibles para obtener un fin determinado de política económica (p. 55 y 56).

Según Palacios (1983) la región plan o programa se define en función de “criterios y objetivos específicos de política económica para alcanzar el máximo de eficiencia en la implementación de programas y estrategias (p. 61).

En este sentido, puede entenderse que la región plan o programa es resultado directo de la voluntad humana, pues el espacio es sometido a decisiones de autoridades en cuyas manos es colocada como una herramienta con el objetivo de alcanzar un fin determinado.

Como desde esta perspectiva la región está delimitada previamente por las decisiones político administrativas, culturales o de otra índole, la tarea de regionalizar implica únicamente localizarla y a partir de esta localización “el investigador... desciende en su nivel de análisis” (Pons y Cabrera, 2015, p. 48).

Siguiendo a los autores antes mencionados,

la región [plan] es percibida como una unidad social susceptible de ser planeada sobre la cual se impulsan procesos de cambio que responden a proyectos que pretenden el bienestar de sus habitantes, la mejora económica, el otorgamiento de servicios públicos, o, en el ámbito educativo, la elevación de los niveles de calidad (p. 48).

Como primer momento del proceso de regionalización para esta investigación, conviene retomar la localización de las regiones plan o programa que forman parte del sistema estatal de salud del estado de Chiapas. Esto permite identificar las

regiones susceptibles de ser estudiadas de acuerdo a los objetivos que persigue la investigación. El siguiente apartado da cuenta de dicho proceso.

### ***1.2.2. Las Jurisdicciones Sanitarias Regionales del sistema de salud del estado de Chiapas: contexto y región***

Un elemento fundamental a retomar para explicar la delimitación de la región plan y las zonas planificadas, objeto de estudio de esta investigación, proviene de la discusión centralización-descentralización, elemento que da sustento a la construcción por parte de las autoridades gubernamentales de regiones político administrativas con el propósito de enfocar acciones específicas que atiendan a problemas sociales también específicos.

Sobre esto, Boisier (2007) menciona que los procesos de descentralización que realizan los estados de manera interna se han hecho con el fin de aumentar la gama de derechos y libertades de las personas; para incluir a los sectores desfavorecidos y excluidos como usuarios de los servicios que presentan las instituciones sociales, con el propósito de conseguir un mayor grado de representatividad; y finalmente, para hacer viable un mayor control sobre la población, así como su participación en las situaciones pertinentes de la administración pública.

Para este autor

Los ámbitos funcionales óptimos para la gestión de los servicios públicos son distintos entre sí y no corresponden necesariamente con unidades de carácter histórico, geográfico, cultural y social. Es conveniente una organización territorial simple, con pocos niveles y basada en unidades relativamente grandes y homogéneas. Es preferible agregar que partir unidades históricas y culturales. Lo más importante es la coherencia del conjunto, ya que el proceso descentralizador es caro (2007, p. 37).

De esta forma y con el objetivo de descentralizar la prestación y administración de los servicios de salud, durante las décadas de 1980 y 1990, el gobierno federal

mexicano puso en marcha una serie de políticas públicas con el fin de realizar modificaciones orientadas a la mejora del sector salud a nivel nacional.

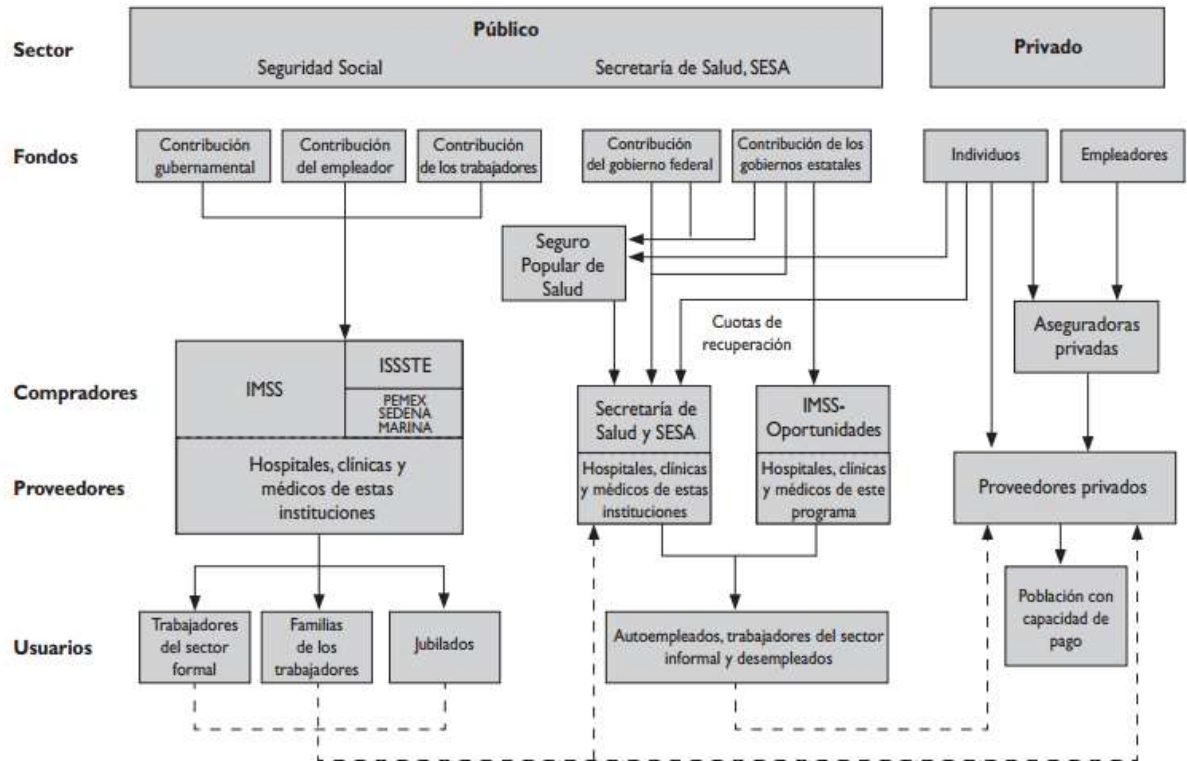
Entre dichas acciones se encontraba como propuesta principal la descentralización administrativa, misma que implicaría la transferencia de recursos económicos, humanos y materiales a través de bienes, inmuebles y plazas laborales a cada una de las entidades federativas que conforman el país, con el fin de que estas administraran y tomaran sus propias decisiones respecto a los recursos federales recibidos. Esto en el entendido de que la Secretaría de Salud encabezaría y vigilaría el cumplimiento de un nivel mínimo de acciones para mejorar la prestación de los servicios proporcionados a la población de cada una de las entidades. En aquel tiempo, a estas acciones mínimas se les denominó Paquete Básico de Servicios de Salud.

Aunado a esto y como una propuesta más de aquellas reformas políticas se pretendía la descentralización del sector salud con el fin de reducir la desigualdad que existía entre las entidades federativas en relación con la disponibilidad de los servicios y distribuir de manera más equitativa los recursos provenientes del gasto federal en salud. Todas estas propuestas políticas condujeron a reformar, a principios del siglo XXI, la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1984), para dar paso al Sistema de Protección Social en Salud. Actualmente, el Sistema de Salud de México está subdividido en dos grandes sectores, el público y el privado. El primero incluye a las instituciones de seguridad social que prestan sus servicios a la población con empleo formal y a la que no posee seguridad social, mientras que el segundo sector corresponde a los servicios otorgados a la población con capacidad de pago.

Cabe mencionar, que las reformas políticas han estado orientadas principalmente a la prestación de los servicios que se ubican en el sector público,

aunque también regulan lo que ocurre en el sector privado, como puede apreciarse en la Imagen 1.

Imagen 1. Atención de los servicios de salud en México



Fuente: tomada de Gómez-Dantés O. y Sesma S. (2017)

Chiapas, al igual que como ocurrió a nivel federal, inició su propio proceso de descentralización interna. En 1984 y con motivo de todas las acciones de descentralización del sector salud emprendidas a nivel nacional, en el estado se aprobó una propuesta política de organización que buscó responder a los anteriormente mencionados objetivos federales.



En los primeros años de la década de 1980 se promovió la creación del Consejo Interno de Administración, las Coordinaciones de Servicios de Salud y de Regulación Sanitaria, la Unidad de Auditoría y Control y la Unidad de Planeación, haciendo efectiva la aplicación de las acciones a través de Coordinaciones Municipales de Salud.

Dos años después, en 1986, y después de la firma del Convenio de Descentralización, la hasta entonces Jefatura dio paso a la Dirección General, establecida junto con diferentes Direcciones de Área y Subdirecciones, así como Coordinaciones Regionales, Coordinaciones de Regulación Sanitaria, Unidades Aplicativas y el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Un año más tarde de la creación de estas dependencias, el 10 de abril de 1987, se publicó la Ley de Salud del Estado, que permitió el inicio de la construcción de los diferentes Hospitales Generales.

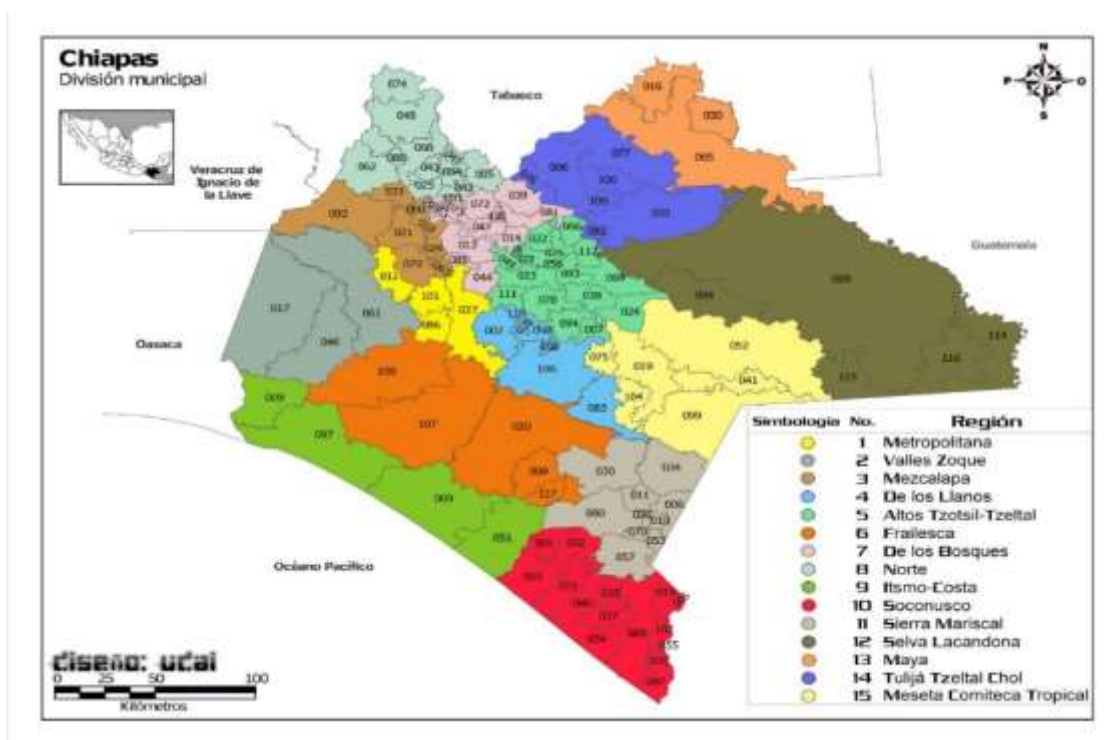
Lo anterior sentó las bases para la creación del Instituto de Salud del Estado (que más tarde y mediante decreto, pasó a denominarse Instituto de Salud), la Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración, la Subdirección de Regulación Sanitaria (que poco tiempo después alcanzó el nivel de Dirección).

Junto con las dependencias ya mencionadas se crearon dos tipos de subsistemas que representan el brazo fuerte de la descentralización, por un lado, las Coordinaciones Regionales y por el otro, las Jurisdicciones Sanitarias.

Es precisamente estas últimas en las que expresan los principios de la planeación regional, entendida como región plan (Boudeville, 1959) en las que emprendió el proceso de regionalización para esta investigación. Las Jurisdicciones Sanitarias Regionales son áreas políticamente delimitadas con el objetivo de hacer operar planes y programas de acción relacionados con la atención a la salud de la población.

Actualmente, el Sistema Estatal de Salud de Chiapas, coordinado por la Secretaría de Salud, se subdivide en 10 Jurisdicciones Regionales, que en cierta medida integran y están delimitadas de acuerdo a la planeación de las regiones político económicas del estado, que se muestran en la Imagen 2.

Imagen 2. Regiones político económicas del estado de Chiapas

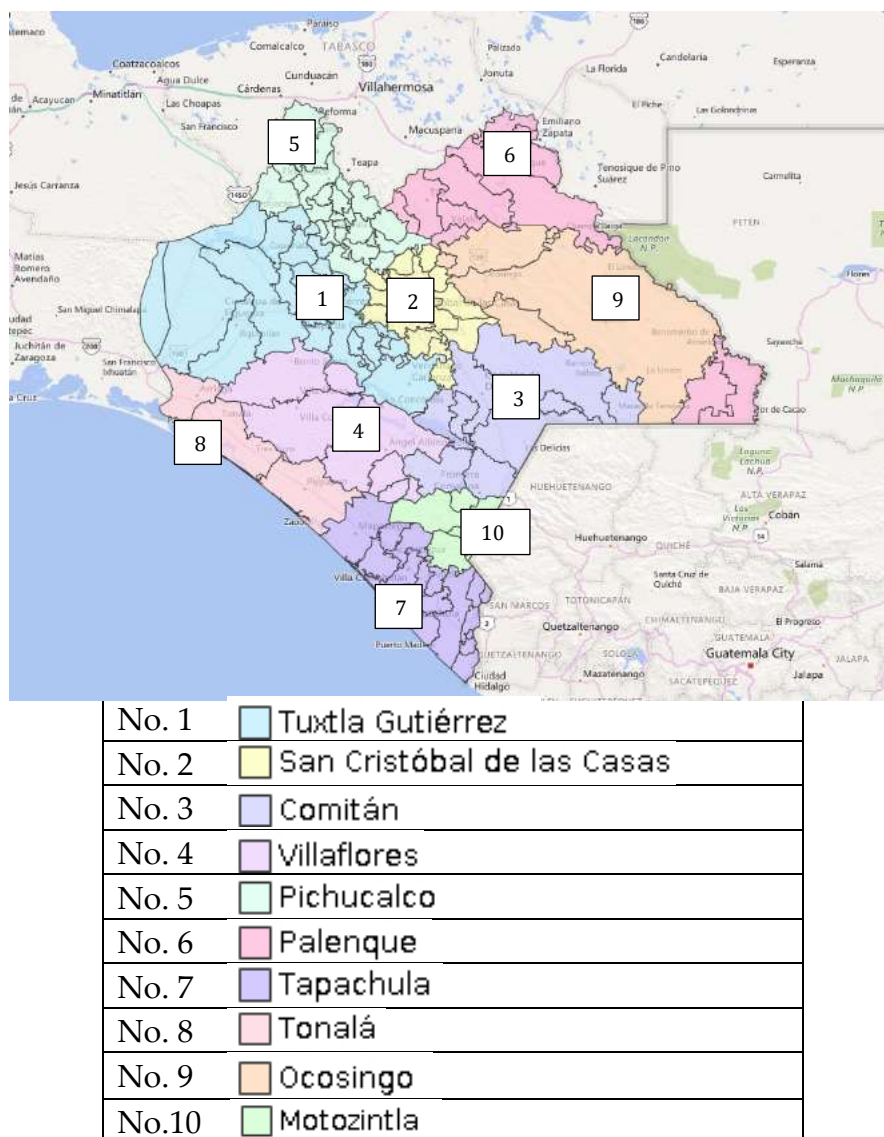


Fuente: tomada de Gobierno del Estado de Chiapas (2015).

La administración estatal del año 2011, con el objetivo de adecuarse y responder a uno de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que en ese entonces fueron incorporados a la Constitución local, anunció la creación de cinco Jurisdicciones Sanitarias más, para compaginar con su correspondiente planeación político económica y hacer un total de 15 Jurisdicciones Sanitarias Regionales para el año 2015. Aunque este objetivo plantea acercar los servicios de salud a toda la población y su cumplimiento se previó para ese mismo

año, en Chiapas, hasta el año 2018 no se han creado estas nuevas Jurisdicciones ni se ha alcanzado la cobertura universal en servicios de salud. En la Imagen 3 se visualiza la distribución espacial de cada una de las 10 Jurisdicciones Regionales de Salud distribuidas en las regiones económicas del estado de Chiapas.

Imagen 3. Distribución de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas



Fuente: tomada de Secretaría de Salud de Chiapas (2017).

El mapa permite hacer un comparativo y apreciar cómo las Jurisdicciones Sanitarias Regionales se corresponden en gran medida con la planificación de las regiones económicas del estado, pero al ser menos, algunas, como la Jurisdicción Sanitaria 1 Tuxtla Gutiérrez, abarcan más de una región político económica.

Las Jurisdicciones Sanitarias Regionales del estado están distribuidas de la siguiente manera (los municipios que se muestran entre paréntesis representan la sede central de cada región, así como el nombre de la jurisdicción):

- Jurisdicción Sanitaria No. I (Tuxtla), conformada por: Tuxtla Gutiérrez, Acala, Berriozábal, Cintalapa, Coapilla, Copainalá, Chiapa de Corzo, Chiapilla, Chicoasén, Ixtapa, Jiquipilas, Nicolás Ruiz, Ocoatepec, Ocozocoautla de Espinosa, Osumacinta, San Fernando, Soyaló, Suchiapa, Tecpatán, Totolapa, Venustiano Carranza y San Lucas.
- Jurisdicción Sanitaria No. II (San Cristóbal de las Casas), conformada por: San Cristóbal de las Casas, Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Tenejapa, Teopisca, Las Rosas, Zinacantán, San Juan Cancún, y Santiago El Pinar.
- Jurisdicción Sanitaria No. III (Comitán), conformada por: Comitán de Domínguez, Chicomuselo, Frontera Comalapa, La Independencia, Las Margaritas, Socoltenango, La Trinitaria, Tzimol y Maravilla Tenejapa.
- Jurisdicción Sanitaria No. IV (Villaflora), conformada por: Villaflora, Villa Corzo, Ángel Albino Corzo, La Concordia y Montecristo de Guerrero.
- Jurisdicción Sanitaria No. V (Pichucalco), integrada por: Pichucalco, Amatán, Bochil, El Bosque, Chapultenango, Francisco León, Huitiupán, Ixhuatán, Ixtacomitán, Ixtapangajoyá, Jitotol, Juárez, Ostuacán, Pantepec, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Rayón, Reforma, Simojovel, Solosuchiapa, Sunuapa, Tapalapa, Tapilula y San Andrés Duraznal.
- Jurisdicción Sanitaria No. VI (Palenque), que la conforman: Palenque, Catazajá, La Libertad, Ocosingo, Sabanilla, Salto de Agua, Tila, Tumbalá, Yajalón, Benemérito de las Américas y Marqués de Comillas.
- Jurisdicción Sanitaria No. VII (Tapachula), integrada por los siguientes municipios: Tapachula Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla,

Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mapastepec, Mazatán, Metapa, Villa Comaltitlán, Suchiate, Tuxtla Chico, Tuzantán y Unión Juárez.

- Jurisdicción Sanitaria No. VIII (Tonalá), a la que pertenecen: Tonalá, Arriaga y Pijjiapan.
- Jurisdicción Sanitaria No. IX (Ocosingo), formada por: Ocosingo, Altamirano, Chilón y Sitalá.
- Jurisdicción Sanitaria No. X (Motozintla), que incluye a Amatenango de la Frontera, Bejucal de Ocampo, Bella Vista, La Grandeza, Mazapa de Madero, Motozintla, El Porvenir y Siltepec.

La regionalización de la investigación se llevó a cabo a partir de la revisión documental y el análisis de datos cuantitativos que permitió obtener cifras oficiales a través de la Dirección General de Información en Salud (2017) que dan cuenta de las condiciones en que se da la prestación de los servicios de salud SyR en cada una de las jurisdicciones. Los datos considerados fueron: número de mujeres atendidas, número de mujeres en edad reproductiva y número de abortos practicados registrados por cada Jurisdicción. Las dos Jurisdicciones en las que se llevó a cabo la investigación son: la Jurisdicción Regional Sanitaria I Tuxtla (J1) y la Jurisdicción Regional Sanitaria II San Cristóbal (J2).

En la Tabla 1 se muestran datos de las 10 Jurisdicciones Sanitarias Regionales: número de municipios que la conforman, población total de mujeres, población total de mujeres con y sin derechohabencia y en edad reproductiva, número de abortos practicados registrados y de capacitaciones a personal de primer nivel de atención. Todo esto considerando el periodo que comprende los años de 2014 a febrero de 2017.

Tabla 1. Información reportada por cada Jurisdicción Regional Sanitaria de Chiapas

Jurisdicción	Clave	Municipios que la conforman	N° UM (2016)	Población total de mujeres (2015)			En ER (2016)	Número de abortos practicados/registrados				Capacitaciones a personal de primer nivel de atención (no especifica sobre qué tema)		
				Con DH	Sin DH	Total		Total	A2015	A2016	A2017	Total	A2015	A2016
01 Tuxtla Gutiérrez	J1	22	152	226,713	440,754	667,467	331,990	3	11	0	14	6	6	12
02 San Cristóbal de las Casas	J2	18	154	59,919	291,770	351,689	176,811	61	2	0	63	0	7	7
03 Comitán	J3	9	124	35,901	252,940	288,841	146,714	2	1	0	3	0	0	0
04 Villaflores	J4	5	65	13,434	122,644	136,078	67,303	1		0	1	0	0	0
05 Pichucalco	J5	23	111	27,104	180,683	207,787	106,110	2	6	0	8	0	0	0
06 Palenque	J6	10	118	32,727	184,171	216,898	104,166	3	1	0	4	0	0	0
07 Tapachula	J7	16	116	118,495	305,688	424,183	206,498	4	0	0	4	0	41	41
08 Tonalá	J8	3	63	17,576	76,977	94,553	44,234	0	7	0	7	0	0	1
09 Ocosingo	J9	4	134	48,038	138,483	186,521	99,489	10	20	2	32	0	0	1
10 Motozintla	J10	8	58	17,986	87,218	105,204	51,179	5	3	0	8	0	0	1
Totales		118	1095	597,893	2,081,328	2,679,221	1,334,494	91	30	2	144	6	54	63

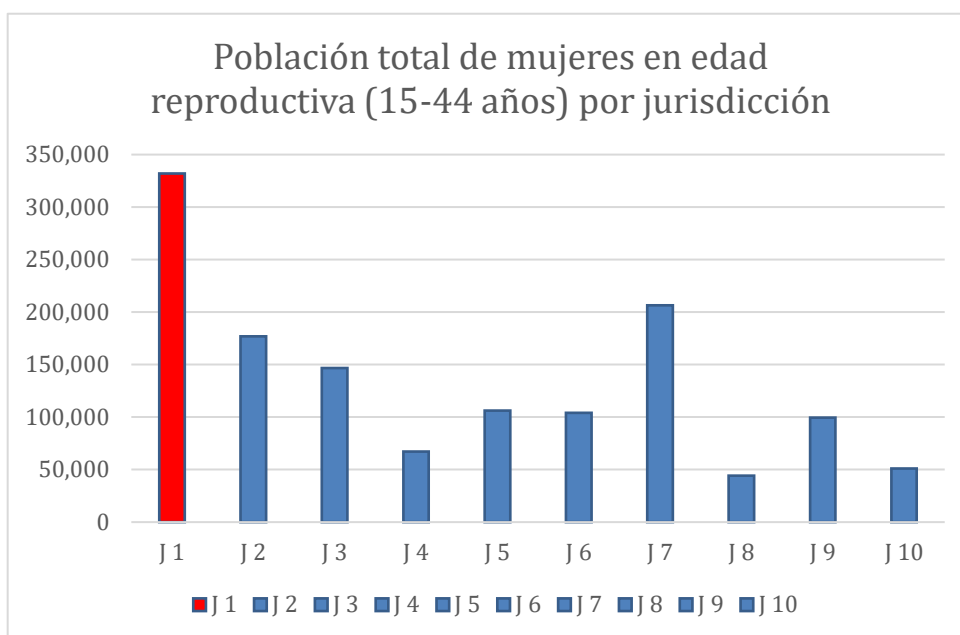
Fuente: elaborada con información de la Dirección General de Información en Salud (2017).

Cabe mencionar que, al ser datos emitidos por la propia institución, se advierte que estos pueden estar sesgados considerablemente por diversos factores, que pueden ser desde técnicos, como el mal registro o mal funcionamiento de las plataformas de registro y bases de datos; hasta de interés político-económico, como puede ser la falta de voluntad de hacer públicas o de fácil acceso las cifras acerca de la situación de morbilidad materna en el estado, pues esto representa un insumo valioso para la exigencia y la denuncia, al mismo tiempo que hace evidente la posible ineficacia de las políticas públicas orientadas a este sector.

Los criterios seguidos para elegir la J1 fueron, por un lado porque sus condiciones geopolíticas la ubican como la región planeada donde se concentra el mayor número de mujeres en general, así como de mujeres en edad reproductiva (ver Gráficas 1 y 2), esto permite inferir que, al ser esta etapa de vida la específica en la que las mujeres pudieran requerir los servicios de ILE o cualquier otro relacionado a la atención obstétrica, se podría dar por sentado que, en función de ese número alto de mujeres, sería el número de atenciones; por tanto tendría que haber mayor número de abortos reportados, sin embargo esto no ocurre de esa manera. Así mismo, es la Jurisdicción donde se encuentra uno de los municipios con la tasa de fecundidad adolescente más altas del país, que es San Fernando, con 96,0 (ENADID, 2014).

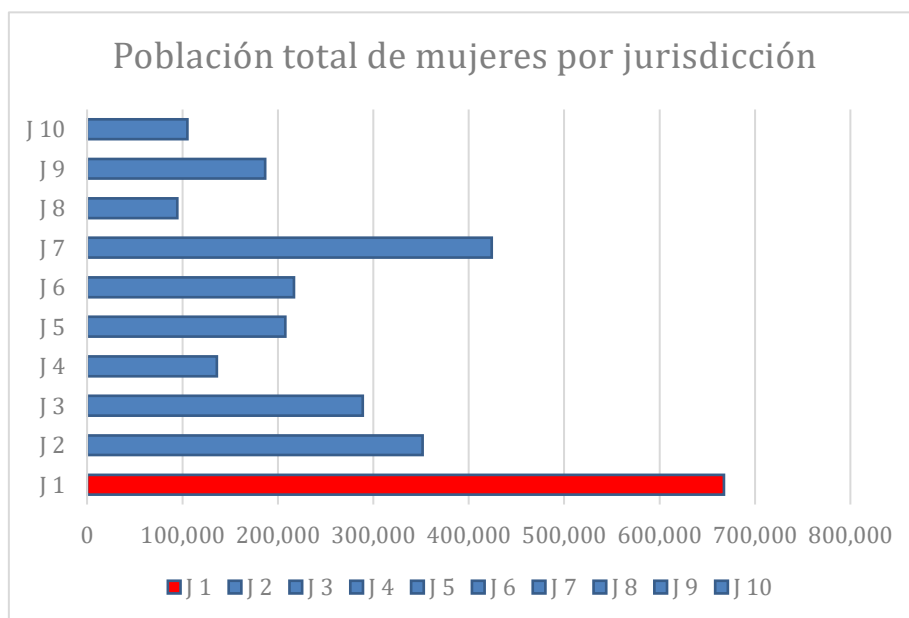
Este dato cobra relevancia pues, considerando que, de cada mil nacimientos, 96 se registran en mujeres adolescentes, resulta curioso que aun teniendo como insumos la Norma Oficial Mexicana 046 de atención a la Violencia Sexual, Familiar y contra las Mujeres (NOM 046) y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que establecen la obligatoriedad de garantizar los servicios de ILE de manera legal a las adolescentes, los índices de nacimientos sean tan altos y los de aborto tan bajos (ver Gráfica 3).

Gráfica 1.



Fuente: elaboración propia a partir de información de la Tabla 1.

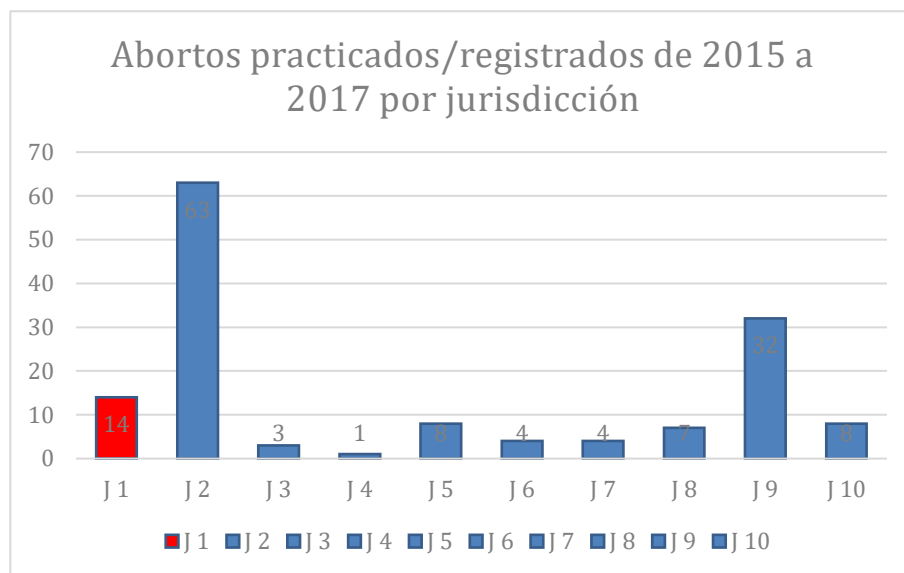
Gráfica 2.



Fuente: elaboración propia a partir de información de la Tabla 1.



Gráfica 3.



Fuente: elaboración propia a partir de información de la Tabla 1.

La J1 es una de las Jurisdicciones que reporta menor número de abortos practicados, se ubica muy por debajo de otras jurisdicciones a las que dobla en número de mujeres en edad reproductiva, como San Cristóbal de las Casas y Ocosingo.

La elección de esta Jurisdicción permitió ahondar en las interpretaciones desprendidas de la recogida de información que giraron en torno al supuesto de que la prestación de los servicios de ILE está sesgada por los conocimientos y las actitudes del personal del sector salud.

Por otro lado, se eligió esta jurisdicción, pues en ella se concentra físicamente todo el aparato gubernamental encargado de gestionar y administrar los servicios de salud en el estado, a saber, la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud, siendo este último el enlace con la Secretaría de Salud a nivel federal; razón por la que se

infirió que los lineamientos en cuanto a la prestación de los servicios de salud deberían ser más eficaces dada su cercanía, centralidad y visibilidad mediática y política, dado que también en esta región se concentran el resto de las sedes de instituciones públicas estatales de los sectores ejecutivo, legislativo y judicial.

Esta región está conformada por municipios que pertenecen a cinco diferentes regiones económicas del estado de Chiapas: La región Metropolitana en su total extensión, el 75% de la región Valles Zoque; el 77% de la región Mezcalapa; el 62% de la región de Los Llanos y una parte muy pequeña, el 15 %, de la región de Los Bosques.

Por su parte se eligió la región J2, por ser la que, según los datos reportados a través de la Dirección General de Información en Salud (2017) y explicitados en la tabla 1 de este documento, es en la que se practicó un mayor número de abortos de 2014 a febrero de 2017, dando un total de 63.

Esto permitió indagar acerca de los mecanismos con los que cuenta esta Jurisdicción para la prestación del servicio de ILE y que la ubican con una cifra considerablemente alta de aborto practicados en relación con el resto de las Jurisdicciones; también permitió realizar la diferenciación con la J1 ya identificada, con la que es similar en extensión, pero no en la prestación del servicio (ver Gráfica 3).

De igual manera, las características culturales de la región permitieron realizar un análisis, interpretaciones y comparativos más profundos, dado que esta región, que reporta un alto número de abortos en función del resto de las Jurisdicciones, está compuesta en su mayoría por los principales municipios rurales e indígenas del estado de Chiapas.

A diferencia de la J1, la J2 se corresponde de manera exacta con la planificación de las regiones político económicas del estado de Chiapas, incluyendo los mismos municipios que la región política V denominada Altos Tostsil-Tseltal.

Todo lo anteriormente expuesto permitió mostrar el primer momento del proceso de regionalización realizado, partiendo de la localización de cada una de las jurisdicciones que cubrieron los criterios establecidos por la investigadora.

Este proceso de regionalización se nutrió de la revisión documental de bases de datos y documentos oficiales de la institución disponibles en la red y que son de acceso relativamente público, pues se requiere la instalación de controladores computacionales específicos, pero que al solventarlos, cualquier persona, con previa capacitación, puede tener acceso a ellos de forma interactiva y que además han sido reforzados por entrevistas con funcionarias del sistema estatal de salud que corroboran la veracidad oficial de los mismos.

A partir de aquí y con el fin de profundizar en el nivel de análisis, se procedió a un tipo de regionalización basado en las interacciones sociales de quienes forman parte de los espacios identificados como Departamentos de Planificación Familiar de las J1 y J2, pues son los actores encargados de la prestación de los servicios de salud SyR en la región, incluido el de ILE.

### ***1.2.3. Los departamentos de Planificación familiar como espacios de interacción. Región sede***

Para la identificación de las sedes en las regiones de estudio, se retoman las aportaciones de Anthony Giddens (1995), quien entiende la regionalización como “la zonificación de un espacio-tiempo en relación con prácticas sociales rutinizadas... [y que] connota la estructuración de una conducta social” (p. 151, 154).

Un elemento importante para regionalizar sedes (lugares de encuentro de los actores sociales, en este caso mujeres y prestadores/as de servicios de salud SyR) es la contextualización, que puede entenderse como la conexión que se establece entre la interacción social y la interacción sistémica y que se manifiesta en un espacio y

tiempos determinados dando lugar a lo que Giddens (1995) denomina sedes, que son precisamente los espacios en los que se producen y reproducen las interacciones; mismos que han sido expuestos desde la descripción de las regiones planificadas.

Retomar el concepto de sedes que ofrece Giddens (1995) permitió también hacer evidente la tendencia filosófica desde la cual, para este trabajo que se ubica en la tradición constructivista, fue necesario tender un puente entre las visiones de tipo estructuralista que caracterizan a la macrosociología (centradas en cómo las estructuras se imponen a la acción) y las de tipo posestructuralista características de la microsociología, donde el lenguaje y el pensamiento son lo que dan forma a la realidad. Es decir, por un lado, se encuentran las tendencias que dan peso a la estructura y por el otro, las que dan peso al individuo.

La propuesta teórica y además metodológica que ofrece Giddens (1995) permite reconciliar estos dos polos y entender que la realidad se construye y se explica en la interacción entre la estructura y el agente. Donde los agentes no son actores pasivos, sino que, así como la estructura los constriñe, también éstos son capaces de proyectar acciones intencionadas con el fin de movilizar recursos que les permitan enfrentar dichas restricciones que la estructura les presenta y poder transformarla. Dichos recursos movilizados fueron identificados a través de las diferentes técnicas de investigación elegidas para el estudio.

Retomando lo anterior, se entendió entonces, que las sedes son esos espacios donde estos dos elementos convergen o hacen copresencia, en palabras de Giddens “son los escenarios de interacción” (1995, p.151).

Así, en lo que respecta a esta propuesta, las sedes estuvieron representadas por los Departamentos de Planificación Familiar de las J1 y J2; pues es este el espacio inmediato en donde los actores, es decir, los/as prestadores/as de servicios de salud SyR hacen presencia e integración social, y al mismo tiempo interactúan con todo el marco normativo internacional, nacional y estatal que existe para la prestación de

servicios de salud SyR y que representa parte de las estructuras que definen la integración sistémica. Esto permitió también ofrecer elementos que ayudaron a comprender la tensión entre las disposiciones locales y las globales presentes en el fenómeno que se investigó; mismas que son descritas más adelante.

Para hacer un análisis más profundo de las prácticas de los actores y por las características de objeto de estudio, se retomó el modo de regionalización que busca identificar las regiones anteriores y posteriores (Giddens, 1995), pues esto permitió, por un lado, comprender los conocimientos y actitudes que los actores expresan hacia afuera, es decir, lo que tiene que ver con lo normativo que les condiciona o limita su práctica, y por otro lado, permitió comprender cuáles son aquellos conocimientos y actitudes que los actores manifiestan en situaciones más privadas y que conllevan un mayor grado de autonomía e incluso de agencia en la prestación de servicios de salud SyR, los cuales pueden ser producto de las instituciones sociales en las que se han formado a lo largo de su vida. Entendiendo que los actores no solo ejercen sus roles con base en lo que el contexto de la sede les permite, sino que también hay cosas que no expresan, aunque las piensen, y en cierta medida, condicionan sus prácticas.

### **1.3. Estudio regional constructivista**

#### ***1.3.1. Los/as prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva como actores en su interacción con la estructura institucional-normativa***

Uno de los elementos fundamentales en una investigación es hacer explícito el posicionamiento que se asume para entender la forma en que el conocimiento y la realidad se construyen, pues ayudan a comprender, por un lado, los fines que la investigación persigue y por otro lado el tipo de análisis que se realizó.

En este sentido, para describir la forma en que concibo la realidad en la que se expresa el problema de investigación, me ubico en la tradición de investigación<sup>2</sup> constructivista. Para dar una explicación más detallada, retomo las aportaciones de Giddens (1995), autor que con sus explicaciones busca reconciliar la línea que demarca dos visiones del mundo, por un lado la estructuralista, caracterizada por centrarse en el hecho social como objeto de la reflexión y en descubrir y comprender las leyes de la naturaleza reflejadas en la acción social; y por otro lado, la visión posestructuralista, donde el lenguaje y el pensamiento son los que priman y son objeto de la reflexión, y que se caracteriza por buscar la comprensión y explicación del sentido en el ser humano.

Giddens (1995) se ubica en el medio de estas dos grandes tradiciones, es decir, en la denominada dualidad de la estructura, donde ya no se le da mayor importancia ni a la estructura ni al sujeto en solitario, sino a la interacción que entre ellos existe.

La tradición constructivista se caracteriza por reflexionar sobre los modos de vida que conectan la acción social con los sentidos de los individuos; desde este posicionamiento se entiende que las formas de pensamiento inciden en los modos de vida y estos, a su vez, tienen efectos y consecuencias en la realidad social.

Ejemplo de ello es lo expuesto en el primer apartado de este trabajo sobre el problema de investigación, donde se puede entender que lo contextual altera la realidad social, al mismo tiempo que esta realidad contextual transforma las estructuras. Considero que esta interacción también puede visualizarse en términos

---

<sup>2</sup> Me resulta conveniente utilizar el concepto de tradición de investigación, propuesto por Larry Laudan (citado en Pazos, 2007), pues este da cabida a diversos programas y teorías y permite observar la variedad de formas de producción del conocimiento científico propias del campo de las ciencias sociales, además de que posee un carácter historicista, que permite tomar en cuenta los hechos pasados para comprender y explicar los presentes; así mismo, desde una tradición de investigación se entiende que es el progreso y la capacidad de resolver problemas lo que hará que un enfoque sea considerado como tal.

locales y globales, donde lo local tiene que ver con los modos de vida y lo global con las estructuras. Si se considera de esta forma, y al pretender ser un estudio regional, puede suponerse que la interacción e implicación entre estos dos elementos de la realidad, lo local y lo global, es lo que dará forma a la región.

Los aportes de Giddens (1995) también son el centro de la teoría de la estructuración, que se caracteriza por la interacción entre agente y estructura. Para este autor, la realidad se construye, pero además está determinada por su carácter situado. Es decir, los sistemas sociales se constituyen por un espacio y tiempo determinados, por tanto, estos no pueden ser considerados solamente como marcos de la acción social, sino que constituyen la acción social en sí misma.

Sobre esto, y relacionándolo con el objeto de estudio que son los conocimientos y actitudes de prestadores/as de servicios de salud SyR, el problema que se plantea permite entender que, si bien existen instituciones sociales que constriñen las acciones de los individuos, también éstos tienen la capacidad de responder a esas estructuras que les constriñen de diversas formas, que pueden ser resistiendo o transformando.

Un ejemplo más claro de esto es la llamada objeción de conciencia que algunos/as prestadores/as de servicios de salud optan por utilizar como herramienta ante lo que ven como una imposición del sistema, es decir, para negarse a realizar procedimientos de interrupción del embarazo justificada en sus creencias personales. Si bien, también puede inferirse que la objeción de conciencia está condicionada por delimitantes éticas y morales que, en ocasiones, provienen de la ideología religiosa y por tanto también pertenecen a las estructuras que constriñen al individuo, existe, en cierta medida, una capacidad de reaccionar y actuar de los agentes ante dicha estructura.

La objeción de conciencia, como herramienta legal ante las normas médicas, ha sido utilizada para la negación de servicios de salud en donde el debate sobre la vida

es acuciante o en donde existen posiciones totalmente polarizadas, como son la reproducción asistida, la eutanasia, la clonación o en este caso, el aborto.

Con lo anterior puede ejemplificarse parte del planteamiento de Giddens (1995) sobre la estructuración.

Este autor propone tomar en cuenta para entender la relación entre agente y estructura y, recuperando a Goffman (en Giddens, 1995), permite visualizar la postura teórica-metodológica que, para este trabajo, fue asumida. Esta tiene que ver con la idea de que la realidad debe entenderse en la interacción entre micro y macro relatos. Si bien difiere con Goffman en el hecho de que la teatralización, que este último utiliza para explicar la realidad social, no se corresponde con la vida cotidiana, coincide y retoma la forma en que esta se produce.

Desde el punto de vista educativo, el constructivismo ha permitido entender la forma en que los sujetos construyen, valga la redundancia, sus conocimientos. Se entiende que, durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje “todo sujeto cognoscente es introducido en un mundo conceptual y simbólico, pero este mundo no es construido por los sujetos solos; ellos requieren de la interacción con los demás y sus facilitadores” (Camejo, 2006, p. 5).

En suma, desde el posicionamiento epistemológico constructivista se entiende que las personas no son un mero producto del ambiente o la estructura, pero tampoco una sola construcción de disposiciones internas e individuales, sino que son resultado de una interacción cotidiana y constante entre ambos elementos, que se manifiesta tanto en los aspectos cognitivos, como actitudinales, sociales y afectivos.

Por tanto, desde esta tradición, no podemos asumir que el conocimiento sea una copia de la realidad, sino una construcción que realizan las personas a partir de estructuras cognitivas previas y en determinado medio o contexto, y que tampoco



es recibido de forma pasiva por las personas, sino que su construcción es activa y dinámica.

### *1.3.2. El interaccionismo simbólico como forma de acceder a la realidad estudiada.*

Los intereses de la investigación que se presenta, en concordancia con el posicionamiento epistemológico, asumieron una estrategia metodológica que proporcionó los procedimientos e instrumentos necesarios para el acercamiento a la realidad y problemática observadas.

En este sentido, el interaccionismo simbólico fue el método que permitió alcanzar los objetivos planteados en la investigación en el entendido:

que todos los hechos sociales han de verse como manifestaciones de las interacciones humanas en marcos históricos concretos, y por concebir a la acción social como producto de los motivos e intenciones de los actores (...) [se] conciben los procesos sociales como susceptibles de manipulación por las conciencias individuales que buscan lograr sus metas (González, citado en Santiago, 2012, p. 152).

El interaccionismo simbólico asume que los seres humanos actúan en consonancia con estructuras propias que determinan la naturaleza de la acción social; y que además son agentes capaces de influir en la conformación de la misma.

Este método de investigación social obliga a quienes realizamos la labor investigadora a intentar comprender la acción social desde el punto de vista de los actores, entendiendo a estos últimos como los organizadores activos de la acción. Según Carmona (2006),

esta postura distinta implica que el investigador interesado en la acción de un grupo o individuos dados, o en un tipo concreto de acción social, debe estudiarla desde la perspectiva del autor de la acción sea quien sea. Debe seguir el rastro a la formación de la misma tratando de averiguar el modo en que se forma realmente. Esto significa que hay que observar la situación con los ojos del agente, ver los aspectos que éste tiene en cuenta, y cómo interpreta dichos aspectos, anotar los actos alternativos programados de antemano y tratar de

seguir la interpretación que conduce a la selección y ejecución de uno de esos actos prefigurados (p. 2)

En este sentido, el estudio de cualquier problemática social, necesariamente implica observar y comprender la situación desde el punto de vista de los actores. Por tanto, para efectos de esta investigación se buscó dar respuesta a las interrogantes desde la mirada de las y los prestadores/as de servicios de salud SyR; entendiendo que las respuestas que ellos dan se encuentran condicionadas, en alguna medida, por las situaciones interaccionales de las que forman parte; como son las construidas desde las diferentes instituciones sociales a las que han pertenecido, como la escuela, la familia, la iglesia, entre otras.

Carmona (2006) plantea que, el adherirse a la propuesta metodológica del interaccionismo simbólico exige tomar en cuenta dos recomendaciones a las que él llama de “forma y de contenido” (p. 2). La primera hace referencia al hecho de que, como investigadora, es importante presentar los testimonios de los actores alejados del carácter esquemático que ha caracterizado la presentación de este tipo de material, y optar por una presentación en forma de relato, que permita un mayor acercamiento al testimonio desde el punto de vista de quien lo expresa. La segunda recomendación tiene que ver con tener la preparación suficiente para captar la realidad precisamente lo más fiel posible a lo que los actores expresan y no desde las concepciones que como investigadora se puedan tener.

Por supuesto, el hecho de que se intente captar de manera fiel los testimonios de los actores no deja de lado la exigencia de realizar un análisis con sentido crítico, el cual fue realizado en los momentos adecuados.

### ***1.3.3. Propuesta metodológica desde los estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)***

Para lograr un acercamiento a la información que permitió responder a los objetivos planteados en esta investigación se incorporaron algunos elementos de la propuesta metodología que emana de los estudios CAP.

Aunque se ha desarrollado en diversos campos, como el de la agronomía, este tipo de estudios ha sido propuesto principalmente en el campo de la salud pública con el objetivo de dar cuenta de los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal prestador de los servicios o de los/as usuarios/as en relación a una temática de salud específica y en situaciones y momentos particulares y emplea como técnica principal de acceso a la información la encuesta.

Las encuestas CAP son estudios generalmente de corte cuantitativo, aunque también los hay de corte cualitativo, que tienen el objetivo de acceder a información acerca de los saberes, sentimientos y comportamientos de una población específica con relación a un tema concreto (Holman, 2012).

Una característica particular de los estudios CAP es su empleo para la elaboración de propuestas de intervención o de mejoramiento de los procesos en función de la problemática en cuestión.

Lo anterior resulta conveniente para esta investigación, pues uno de los objetivos específicos fue ofrecer una propuesta de mejora de los procesos de prestación de servicios de salud SyR que esté vinculada con los conocimientos y actitudes del personal.

Desde los estudios CAP se entienden los conocimientos como el “nivel de concienciación y comprensión” (Holman, 2012. p. 10) que tienen las personas sobre determinado tema. Las actitudes hacen referencia a lo que sienten las personas respecto a ese tema particular, “así como las ideas preconcebidas o creencias que puedan tener sobre ese tema” (p. 10). Y finalmente, entiende las prácticas como las

formas en que las personas “aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones” (p.10).

Por tanto, para los intereses que persigue esta investigación se hizo uso de la encuesta CAP, como técnica complementaria de recolección de información, adaptando sus objetivos de la siguiente manera.

Se utilizó la encuesta CAP con una serie de *ítems* orientados a develar los conocimientos y actitudes de todo el personal que labora en las J1 y J2, elegidas como regiones de estudio, posteriormente y debido a que dar cuenta de los conocimientos y las actitudes resulta complejo con las limitaciones de acceso a la información cualitativa que impide la técnica de encuesta, de acuerdo a los resultados arrojados en los cuestionarios, se procedió a desarrollar entrevistas en profundidad con informantes clave; esto permitió llevar a cabo un ejercicio de triangulación para dar a los resultados un sesgo más cualitativo acorde con el enfoque constructivista asumido en la investigación.

Para abordar las prácticas, y debido a que el aborto se trata de una situación médica en la que quien investiga no puede estar presente como observadora durante el procedimiento, se ha optó por incluir la técnica de usuaria simulada. Sobre esta técnica y de la entrevista en profundidad se da cuenta en los apartados inmediatos.

#### ***1.3.4. Las técnicas e instrumentos de acceso a la información***

En este apartado se presentan de manera detallada las técnicas que se utilizaron para acceder a la información durante el proceso de investigación; así como la justificación de la pertinencia de cada una.

#### 1.3.4.1 La encuesta

Dado que uno de los objetivos de la investigación planteada fue conocer en qué medida los conocimientos y actitudes del personal impactan en el acceso y prestación de los servicios de salud SyR, resultó necesario incluir entre las técnicas de acceso a la información algunas que permitan dar cuenta de esta situación.

De acuerdo a la propuesta de los estudios CAP, la encuesta resulta la técnica fundamental para acceder a los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen las personas en relación a determinado tema.

Para este trabajo, se utilizó la encuesta con el fin de acercarnos a los conocimientos y actitudes del personal y, a partir de la información recabada, establecer los criterios para la aplicación de las entrevistas en profundidad a una población menor.

Cabe resaltar que, para ser acordes con el enfoque de la investigación, tal como se expresó antes, se hizo una adaptación a la encuesta CAP originalmente propuesta desde los estudios en salud pública.

Se eligió la encuesta pues se considera que “esta técnica goza de amplia reputación en las investigaciones... por su enorme versatilidad y la posibilidad de obtener información que puede ser generalizable de la mayoría de los tipos de población” (Selltiz, en Chacón, 2012, p. 165).

Si bien, la encuesta ha sido utilizada mayormente para las investigaciones de corte cuantitativo, sobre todo la que se retoma desde los estudios CAP, su utilización en el campo de la investigación cualitativa ha sido cada vez mayor, pues da la posibilidad de aplicaciones masivas con el fin de acceder a un determinado tipo de información que enriquece las investigaciones y la información puede ser triangulada con técnicas de corte ~~mas~~ cualitativo, como en este caso, la entrevista en profundidad y la usuaria simulada.

Según Jansen (2012), a este tipo de cuestionarios estructurados dirigidos a cierto tipo de población se les puede dar la denominación de encuestas cualitativas. A diferencia de las encuestas cuantitativas que tienen por objetivo conocer las frecuencias, parámetros y promedios de determinada situación, generalmente de tipo económica; las encuestas cualitativas buscan “determinar la diversidad de algún tema de interés dentro de una población dada... la encuesta cualitativa es el estudio de la diversidad (no de la distribución) en una población” (p. 43).

Es en este sentido que la encuesta se convirtió en una técnica útil para dar cuenta de los conocimientos y las actitudes de los/as prestadores/as de servicios de salud SyR de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales del sistema estatal de salud de Chiapas, respecto al acceso y prestación de dichos servicios.

#### *1.3.4.2 La entrevista en profundidad*

Puesto que el posicionamiento epistemológico y metodológico desde el cual me ubico para la realización de la investigación asume la importancia de comprender la realidad como construida por los actores en su interacción con otros y con la estructura, así como desde el punto de vista de estos, resultó fundamental utilizar como técnica principal para la recolección de la información aquella que permitiera conocer la parte simbólica y profunda del significado que la problemática observada tiene para los actores y al mismo tiempo permitiera la triangulación con las técnicas siguientes propuestas para el desarrollo de la propuesta desde los estudios CAP.

Se eligió, por tanto, la entrevista en profundidad como técnica principal de la investigación. Pues a diferencia de la entrevista estructurada y semi estructurada, estas, las entrevistas en profundidad, son más flexibles y abiertas y, si se logra el cometido, permiten llegar a lo profundo del significado que un hecho social tiene

para la persona entrevistada; Taylor y Bogdan (1987) la definen como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los participantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 194-195). Este tipo de entrevista, además de ser flexible y abierta, permite tener un “aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los participantes: sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo” (p. 204), y eso es precisamente lo que se busca en la investigación planteada.

Lo ideal en las entrevistas en profundidad es que sigan un modelo basado en la conversación entre iguales, más que en un intercambio de preguntas y respuestas formales, por lo que exige de parte del investigador, lo que en psicología social se le denomina *rapport*, que no es más que el clima de confianza y sintonía que debe establecerse entre las personas con el fin de que, poco a poco, la cercanía entre quien entrevista y el entrevistado sea mayor y poder conocer y comprender con mayor detalle la situación que interesa. Esto se puede lograr a través de repetidos contactos con la persona entrevistada con el fin de que desarrollen de manera extensa y detallada sus experiencias y perspectivas sobre, en este caso, la práctica del aborto.

Al respecto Taylor y Bogdan (1987) sugieren que para la entrevista en profundidad es importante que quien investiga haga serios intentos por

construir una situación que se asemeje a aquellas en las que las personas hablan naturalmente entre sí sobre cosas importantes. La entrevista es relajada y su tono es el de una conversación, pues así es como las personas interactúan normalmente. El entrevistador se relaciona con los informantes en un nivel personal (p. 207).

Lo anterior es la clave para una exitosa recolección de información.

En este sentido, para la investigación realizada, los participantes fueron prestadores/as de servicios de SyR de las dos Jurisdicciones Sanitarias Regionales elegidas. Estos se eligieron una vez se tuvo un acercamiento al campo.

Dado que, en este momento y por tratarse de una investigación de corte cualitativo, para la selección de los/las prestadores/as a entrevistar se utilizó el muestreo propuesto por Glaser y Strauss (en Taylor y Bogdan, 1987), que consiste en realizar la selección dejando de lado el número de casos, pues esto es irrelevante; y optar por seleccionar los casos bajo el criterio del potencial que estos tengan “para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 199).

Bajo esta forma de muestreo, se entrevistó a participantes considerados clave y una vez que la información recabada no proporcionó comprensiones nuevas (principio de saturación) o que se respondieron los objetivos de la investigación se concluyó esta fase.

El instrumento para el desarrollo de esta técnica fue la guía de entrevista en la que se consideraron los temas clave que fueron explorados durante los encuentros; se utilizó la grabadora de audio para tener un registro fiel de los testimonios de las personas entrevistadas y proceder, en un momento posterior, a su transcripción; esto facilitó la organización y el proceso de análisis de la información.

Entendiendo que la guía de entrevista no debe ser un documento estructurado, sino un apoyo que me permita, como investigadora, recordar que se deben realizar preguntas sobre determinados temas. Por tanto, en cada entrevista el tratamiento de los temas fue ampliado o reducido en la medida que cada entrevistado lo hizo posible.

En el anexo de esta tesis se incluye la guía de entrevista diseñada.



#### 1.3.4.3 La usuaria simulada: una propuesta desde la observación participante

Para finalizar con la descripción de las técnicas utilizadas para obtener información en esta investigación, se describe aquí “la usuaria simulada” que, al igual que la encuesta, permitió responder al objetivo de conocer la forma en que los conocimientos y las actitudes del personal impactan en el acceso y prestación de los servicios de salud SyR. Específicamente, con esta técnica se buscó dar cuenta de las prácticas del personal respecto a la prestación de servicios a las usuarias.

Esta técnica tuvo sus orígenes en las investigaciones de mercado, financieras y de hostelería, donde es conocida también como técnica del cliente fantasma o *mystery shopping*, y consiste en la

utilización de investigadores entrenados para que actúen como consumidores o potenciales consumidores en una organización con la intención de monitorizar y evaluar la calidad de la atención al cliente y los procesos y procedimientos utilizados al proveer el servicio... se ha utilizado habitualmente como herramienta de evaluación en empresas de servicios con 3 finalidades: la mejora del proceso, la mejora de las conductas de los profesionales para proveer el servicio y la realización de benchmarking con organizaciones similares (Hernando *et al*, (2007) p. 78).

Sin embargo, poca información se tiene de su utilización en el campo de la investigación educativa regional; por lo que conviene argumentar y justificar de manera muy clara su pertinencia para los fines perseguidos en esta investigación, sobre todo por las consideraciones éticas que atraviesan el hecho de acudir a un determinado espacio con el fin de recabar información útil para la investigación sin dar aviso previo ni obtener el consentimiento informado de las personas involucradas.

Se tiene registro, en el campo de la investigación en salud, de un trabajo realizado desde Organizaciones de la Sociedad Civil denominado “Experiencia de fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis desde la sociedad civil 2007-2010” (EGCTF, 2010) en donde se utilizó esta técnica con el fin

de “permitir a las promotoras conocer y reportar el acceso, abasto y negación de la PAE [Pastilla Anticonceptiva de Emergencia]” (p. 11).

Según los resultados de dicha investigación, la utilización de esta técnica permitió observar y verificar la información señalada, apoyándose en personas que simulaban ser pacientes de los servicios de salud SyR para, posteriormente y con una previa y breve capacitación, vaciar la información en un formato diseñado para tales efectos.

Con lo anterior, puede observarse que, aunque la descripción metodológica de la investigación realizada por dicha organización no hace explícito el sustento teórico de la técnica de usuaria simulada, esta comparte aspectos que pueden desprenderse o encontrar su justificación en la observación participante.

Se retoma de la justificación teórica de esta técnica su pertinencia para el estudio de situaciones que permiten a quien investiga describir de manera sistemática “eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado” (Marshall y Rossman, 1989, en Kawulich, 2005, p. 79).

Retomando las aportaciones de Bernard (1994, en Kawulich, 2005) se puede justificar que la observación participante va impregnada de cierto grado de engaño e impresión, pues se realiza con el fin de que la participación del investigador altere en la menor medida posible las interacciones naturales del espacio estudiado.

Se necesita, pues, para desarrollar esta técnica, mantener el sentido objetivo que permita guardar la distancia entre quien investiga y las personas pertenecientes al espacio que se estudia. Bernard define la observación participante

como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello (en Kawulich, 2005, p. 3).

Otro de los argumentos que permiten justificar el uso de la técnica de usuaria simulada, teniendo como referente teórico la observación participante con la variante retomada de la investigación de mercado, es el hecho de que la intervención se dio de manera no consentida, sin dar aviso previo, de manera “encubierta” como lo llama Sandín (2003, p. 211) con la finalidad de acceder a información que de otro modo no podría tenerse, porque los participantes “no pueden o no quieren compartir porque el hacerlo sería impropio, descortés o insensible” (Kawulich, 2005, p. 9), o bien se trata de información que confronta su práctica y creencias personales respecto al aborto; en el entendido de que este es también un tema cargado de juicios morales y estigmas, situación que podría no ser evidenciada durante las entrevistas, pero que, el conocerla permite enriquecer el análisis sin generar incomodidad o alteraciones en los participantes.

Tener acceso a otro tipo de información con el uso de esta técnica permitió también dotar de un mayor carácter de validez a la investigación, pues al complementarla con el uso de las demás técnicas, permitió una comprensión más profunda del contexto y de la problemática observada.

En palabras de Kawulich “la validez es mayor con el uso de estrategias adicionales usadas con la observación, tales como entrevistas, análisis de documentos o encuestas, cuestionarios, u otros métodos más cuantitativos. La observación participante puede ser usada para ayudar a responder preguntas de investigación, para construir teoría, o para generar o probar hipótesis” (2005, p. 10).

En este sentido, es fundamental recalcar que el manejo de la información se realizó siempre cuidando la identidad y anonimato de las personas participantes, de manera que esto no ponga en riesgo su permanencia e interacción en su espacio de trabajo ni su comodidad personal. Estos aspectos y consideraciones éticas son discutidos en el siguiente apartado.

#### *1.3.4.4 El diario de la entrevistadora*

Taylor y Bogdan (1987) instan a quienes realizan investigación, independientemente del tipo de técnicas a través de las cuales se pretenda obtener la información, a contar con un “diario del entrevistador” como técnica adicional, pues esto permite ir anotando las apreciaciones que en la grabación de audio no es posible captar, como pueden ser “interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice” (p. 215).

En el caso de esta investigación, esta técnica fue, aunque secundaria, fundamental para el registro de los elementos antes mencionados, así como para el registro de las conversaciones que llegaron a suscitarse fuera del espacio de la entrevista, pues estas aportaron elementos que enriquecieron la investigación y que, al no ser captados por la grabadora de audio, se hubieran desperdiciado.

Así mismo, adoptar esta técnica durante todo el proceso de investigación permitió ir haciendo explícitas las intenciones e inquietudes que llegaron a surgir durante el proceso, pues al final, hicieron posible comprender las transformaciones o nuevos encauzamientos que fue tomando la investigación.

#### *1.3.5. Consideraciones éticas de la investigación*

Uno de los principales dilemas éticos presentes en esta investigación tiene que ver con el uso de la técnica de usuaria simulada, pues, aunque se presentó una justificación teórica de su uso desde la observación participante, siempre estuvo presente la inquietud de que, al final, se incurrió en una situación de engaño u ocultamiento.

Al respecto, Mondragón (2015) presenta en su texto sobre la ética en la investigación psicosocial la reflexión acerca de la importancia de que, como

investigadoras sociales, nos cuestionemos sobre el desafío que plantea para nuestra práctica el engaño o el ocultamiento de información. Ella menciona que no se trata de caer en los extremos de prohibir el uso de estas prácticas, pero tampoco de hacer un uso desproporcionado de ellas, sino de establecer, argumentar y justificar teóricamente la pertinencia de su utilización. En este sentido, la autora expresa que

en términos éticos, queda claro que el engaño y ocultar información en los estudios sociales presentan un dilema, ya que se contraponen a la honestidad y la veracidad con la que se debe conducir una investigación, los cuales son valores que se requieren en el ejercicio científico. No obstante, la justificación del uso de la mentira en la ciencia misma se basa en la relevancia de los resultados que se obtienen con ella, es decir, el fin justifica los medios, claro, siempre y cuando el estudio se lleve a cabo bajo ciertas condiciones (p. 16).

Sobre las condiciones que esta autora plantea como necesarias de tener en cuenta, destaca entre las principales el estar dispuesta a enfrentar las consecuencias que esta práctica pudiera desencadenar, más allá de su utilidad, y que tienen que ver con el ejercicio del poder y la indiferencia que se ejerce hacia los participantes al momento de recabar información sin su consentimiento previo.

Por esto, se consideró que una forma de atenuar los dilemas o conflictos éticos que el ocultamiento de los objetivos de la investigación pudiera generar con el uso de la técnica de usuaria simulada lo siguiente, tomando en cuenta las recomendaciones de Mondragón (2015):

Dado que el ocultamiento de la información fue necesario y justificado para los fines de la investigación, como investigadora asumí la responsabilidad de revelar el verdadero propósito de la misma lo antes posible, para cada caso, después de la recolección de la información, así mismo, fue prioritario en el análisis de la información el mantenimiento del anonimato de las personas involucradas, haciendo un manejo minucioso de la información con el fin de que esta no fuera difundida a terceros.

Para el caso de las entrevistas y la encuesta aplicada, los dilemas éticos fueron menos complejos de resolver, pues para estos no resultó necesario ocultar ningún tipo de información sobre los objetivos de la investigación, antes bien y por la naturaleza de estas técnicas, se hicieron explícitos desde el inicio, lo que resultó fundamental y hasta enriquecedor.

Se optó por el uso del consentimiento informado y la confidencialidad como formas de atender a las consideraciones éticas, sobre todo en lo que respecta a la técnica de entrevistas en profundidad.

Según Punch (1994, en Sandín, 2003),

el consentimiento informado implica que los sujetos de la investigación tienen el derecho de ser informados de que van a ser estudiados, el derecho a conocer la naturaleza de la investigación y las posibles consecuencias de los estudios en los cuales se involucran (p. 209).

Este proceso de consentimiento informado atendió a dos características fundamentales, por un lado, buscó la colaboración voluntaria de los participantes sin que existiera ningún tipo de presión física o psicológica y, por otro lado, la aceptación estuvo sustentada en la información abierta y completa acerca del alcance y las implicaciones que pudiera tener la investigación.

En este sentido, para esta investigación, se realizó el consentimiento informado de manera verbal.

En cuanto al asunto de la confidencialidad, se entendió como el acuerdo entre los participantes y la investigadora de no revelar información que se ha compartido en determinados encuentros, específicamente lo que refiere a algún “dato sensible, íntimo, delicado y que pudiera afectar de manera negativa al informante o a otros (s)” (Mondragón, 2015, p. 20). Sobre todo en un tipo de investigación como esta, que pone a los participantes ante dilemas morales y éticos respecto a la práctica del aborto; en este caso el asunto de la confidencialidad fue necesario e imprescindible,

por lo que, parte del consentimiento informado fue el acuerdo de guardar la confidencialidad de los datos que pudieran afectar su situación laboral o personal, sobre todo aquellos que refieren a su identidad, como el nombre, cargo, área, entre otros que les hagan identificables.

Resultó necesario en la práctica de la investigación hacer explícitos los dilemas éticos a los que podemos enfrentarnos pero, sobre todo, exponer las propuestas metodológicas que ayudaron a atenuarlos para no poner en riesgo la integridad de otras personas y el curso de la investigación.

### *1.3.6. Análisis de la información*

Dada la naturaleza cualitativa de la investigación que se realizó, resultó necesario, desde un principio, establecer los parámetros a partir de los cuales se realizaría el análisis de la información recabada durante el trabajo de campo.

En este sentido, retomé las aportaciones de Fernández (2006) quien presenta una serie de recomendaciones expuestas en pasos para realizar un buen análisis de datos cualitativos.

Empiezo comentando que el análisis de datos cualitativos fue entendido como “el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (Spradley, 1980, en Rodríguez et al, 2005, p. 135).

Siguiendo a Fernández (2006), resultó conveniente atender a ciertos criterios para realizar el análisis de la información. En este caso, algunas acciones establecidas para llevar a cabo el análisis de la información, considerando la técnica principal de esta investigación, que fue la entrevista en profundidad, fueron las siguientes:

Se inició vaciando el contenido de las encuestas CAP, utilizando las categorías tentativas generales que fueron predeterminadas: conocimientos y actitudes. Cada una de estas fue enriquecida de acuerdo con la información recabada.

Posteriormente y de acuerdo a la información recabada se establecieron los criterios para seleccionar a los/as informantes clave, con quienes se aplicaron las entrevistas en profundidad.

El proceso seguido en el análisis de las entrevistas consistió, en un primer momento, en la transcripción, con el fin de hacer un manejo menos complejo y más organizado de la información recabada; posteriormente se identificaron las categorías o unidades de análisis de forma mixta, es decir, considerando algunas categorías planteadas previamente a la investigación de campo, así como las que emergieron durante y después del proceso y que abonaron al análisis; después se procedió a la codificación de las categorías, “los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto” (Fernández, 2006, p. 4); esta tarea permitió dar paso al siguiente eslabón del proceso, la reducción de la información, que se realizó con el fin de dejar a un lado aquella información que, en su momento, no fue de utilidad para los objetivos que perseguimos, en el entendido de que podremos recurrir a ella constantemente para corroborar o descubrir categorías emergentes, o ahondar en otras líneas de indagación.

Posteriormente se procedió a la triangulación y la construcción de modelos conceptuales. Estos últimos consistieron en establecer las relaciones entre categorías y unidades de análisis con el fin de construir modelos de conceptos que permitieron profundizar el análisis de la información. Por su parte y al mismo tiempo que se establecían estas relaciones, se llevó a cabo la triangulación, proceso que permitió “contrastar las observaciones desde diferentes perspectivas de tiempos, espacios,



teorías, datos, fuentes y disciplinas, así como de investigadores de métodos” (Rodríguez, 2005, p. 149); finalmente se procedió a la redacción del informe de investigación.

Si bien, existen muchas propuestas metodológicas que ayudan a orientar el proceso de análisis de la información, los pasos seguidos permitieron encaminar las decisiones que fueron tomándose en cada momento de la investigación respecto al rumbo a seguir.

En la investigación de cualquier tipo, pero principalmente en la social, la exposición del recorrido metodológico resulta imprescindible. La importancia de hacerlo explícito desde el principio ayuda a vigilar la coherencia y atender a los objetivos que la investigación persigue.

La metodología de la investigación es el centro de la investigación y debe acompañarla durante todo su desarrollo, con el fin de ir dando cuenta de lo que se prevé y de las modificaciones que llegaran a surgir.

Lo que en este capítulo he expuesto representa un parte fundamental del trabajo de investigación realizado, pues sienta las bases epistemológicas, teóricas y metodológicas desde las que me posiciono como investigadora regional. En los siguientes capítulos da paso al desarrollo de la investigación que fue realizada siguiendo estos principios.

## **CAPÍTULO 2. EL ABORTO: UN SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REGIÓN**

En este capítulo se presenta una recopilación y posterior reflexión sobre las acciones específicas que han tomado forma de políticas públicas con el fin de orientar a los tomadores de decisiones y a la ciudadanía respecto al actuar en relación con la práctica del aborto.

Se presenta, en un primer momento, la legislación internacional, planteando el debate que han establecido, por un lado, quienes argumentan la práctica del aborto como un asunto de derechos humanos de las mujeres y por otro lado, quienes priman el derecho a la vida del no nacido negando la posibilidad de acceso al aborto como un derecho para todas las mujeres; en este mismo punto se plantean algunos elementos que permiten reflexionar sobre los posicionamientos jurídicos respecto al inicio de la vida humana.

Posteriormente se presenta la legislación nacional, subdividida en aquella que tiene que ver con el acceso a los servicios de salud para las usuarias, y la que tiene relación con la prestación de los servicios y los procesos de formación y capacitación del personal para proporcionarlos de la manera más eficiente.

Continúa este capítulo haciendo una reflexión sobre la politización de los asuntos que históricamente habían sido del ámbito privado, como la sexualidad y la

reproducción, que permite entender el porqué de las tensiones en la lucha por el reconocimiento del aborto como un derecho para las mujeres y, en consecuencia, la razón de ser de las políticas públicas al respecto. Para finalizar se ofrece información respecto de las acciones de formación dirigidas al personal que atiende la salud SyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas que fueron abordadas en esta investigación.

## **2.1. La salud sexual y reproductiva en el campo de la salud pública**

### ***2.1.1. Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el debate de los derechos humanos. Marco normativo***

A nivel internacional el aborto ha sido abordado como tema de discusión desde diversos espacios, principalmente como un asunto de derechos humanos y es en este ámbito desde el cual se ha construido una vasta lista de instrumentos y legislación al respecto.

Se parte del hecho que las mujeres, en la mayoría de los países, enfrentan restricciones legales en cuanto al acceso al aborto y que, aún en los países en que es permitido legalmente, tienen un acceso limitado, debido a la falta de reglamentaciones claras, servicios de salud con personal capacitado, o bien por falta de voluntad política local, los organismos internacionales de derechos humanos han ejercido acciones a fin de garantizar esta práctica como un derecho de todas las mujeres.

### ***2.1.2. La salud sexual y reproductiva en el marco del derecho internacional***

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), establece que la práctica del aborto debe asumirse como un derecho humano debido a que su restricción amenaza otra serie de derechos a los que las mujeres deben tener acceso. Algunos

de estos son: el derecho a la vida, el derecho a la salud y a la atención médica, el derecho a la no discriminación y a la igualdad, el derecho a la seguridad personal, el derecho a la libertad, el derecho a la privacidad, el derecho a la información, el derecho a no ser sometida a trato cruel, inhumano y degradante, el derecho a decidir el número de hijos e intervalo entre los nacimientos, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y el derecho a la libertad religiosa y de conciencia.

En lo que respecta al derecho a la vida, el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer creados en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979, CEDAW, por sus siglas en inglés), han hecho notar en repetidas ocasiones su preocupación por la situación de las mujeres en los países en los que el aborto es restringido, porque genera la práctica del aborto clandestino, poniendo en riesgo la vida de las mujeres, vemos cómo estos organismos también colocan la permisividad de esta práctica como una forma de proteger la vida de las mujeres.

Por su parte, y en cuanto al derecho a la salud y a la atención médica, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano de expertos/as de la ONU en esta materia, ha emitido las principales recomendaciones para que los países garanticen estos derechos. Este comité ha afirmado que, para garantizar el respeto a este derecho, es imprescindible la despenalización del aborto, o en su defecto, la despenalización en ciertas circunstancias. Este derecho además de violarse al penalizar el acceso al aborto, también es violado cuando se niega a una mujer la atención médica en caso de un aborto incompleto, así como cuando se le niegan los medicamentos para el dolor e infección a las mujeres que pueden surgir durante y después del procedimiento, aun cuando estos medicamentos estén disponibles en la institución médica.

El mismo CEDAW se ha pronunciado y hecho explícito que, al ser el aborto un procedimiento requerido únicamente por mujeres, su negación por parte de las

instituciones de salud, representa una forma de discriminación en su contra, lo que representaría, en consecuencia, otra violación de derechos.

En la práctica, es mucho más probable que sean las mujeres y no los hombres quienes resulten más afectadas frente a un embarazo no planeado y no deseado y se enfrenten a mayores dificultades y desventajas en su situación socioeconómica y profesional, las consecuencias tanto físicas como psicosociales evidentemente serán mayores y de mayor peso para las mujeres embarazadas. Cuando a una mujer se le obliga a continuar un embarazo contra su voluntad, las consecuencias las ponen especialmente a ellas en situación de desventaja frente al resto de la sociedad, porque se ven forzadas a transformar sus expectativas de vida, sus proyectos personales por atender una maternidad que en ese momento no deseaban. Esta situación de desventaja se ve materializada cuando las mujeres son señaladas ante un embarazo fuera del matrimonio, por ejemplo; o cuando tienen que dejar sus empleos para cuidar del hijo o hija.

La CEDAW ha tipificado la negación del aborto voluntario como una forma de trato cruel, inhumano y degradante hacia la mujer que lo requiere, pues representa una imposición y el forzamiento a llevar a cabo un embarazo que no desea, poniendo en riesgo su integridad, salud y vida.

Si bien, es desde la CEDAW que se han emitido las principales recomendaciones en materia de aborto, existen instancias internacionales, que en su contenido también abordan el tema. Enseguida enlisto los principales tratados de derechos humanos y sus comités de vigilancia, incluida la ya mencionada CEDAW.

- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer/ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (comité de la CEDAW)

- Convención sobre los Derechos del Niño/ Comité de los Derechos del niño (CDN)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos/ Comité de Derechos Humanos (CDH)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
- Convención Internacional sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial/ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR)
- Convención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes/ Comité contra la Tortura (CCT)

Las declaraciones emitidas por los comités antes mencionados en materia de aborto, específicamente en el periodo de enero de 1993 a junio de 2008, recopiladas con mayor detalle en la Hoja informativa: Aborto y Derechos Humanos por el Centro de Derechos Reproductivos (2010), permiten observar que no son pocos los acuerdos firmados y ratificados por los países en donde se comprometen a dar cumplimiento y garantizar el acceso de las mujeres al aborto como un derecho, sustentándolo además en muchos otros derechos, como el acceso a la salud, a atención médica, a la vida, etc.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer establece en su recomendación general N° 24 (*La mujer y la salud*) que es obligación de los Estados Parte “respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica... La negativa de un Estado Parte a proveer la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria” (2017, p. 3).

Por lo anterior, este comité exige que se eliminen las restricciones para que las mujeres puedan acceder a servicios de salud que les permitan salvar sus vidas, solicitando a los estados que revisen las legislaciones locales que establecen el aborto como una práctica ilegal, recomendándoles eliminar los castigos a las mujeres que recurren a esta práctica, sin embargo, muchos países, entre ellos México, han hecho caso omiso de dichas recomendaciones, aun cuando han firmado y ratificado cada uno de los acuerdos internacionales; continuando con una legislación que penaliza a las mujeres que se realizan un aborto.

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño, dentro de sus recomendaciones también hace alusión al aborto como garantía de un derecho humano para las mujeres. En su recomendación N° 4 (*La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*) insta a los países a que adopten medidas con el fin de “reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosos (...)” (IPAS, 2012, p. 13).

Las recomendaciones de este comité resultan de suma importancia para las argumentaciones en favor del aborto, pues establecen que la mortalidad materna está directamente relacionada con el alto número de abortos practicados de manera ilegal, clandestina o en alguna otra condición de riesgo, principalmente en mujeres adolescentes. Éstas van orientadas a hacer llamados a los Estados Parte, es decir, a los países que forman parte del acuerdo, a que revisen sus legislaciones y prácticas de aborto ilegal, a fin de evitar el aborto inseguro.

El Comité de Derechos Humanos, es otro más que se suma a la lista de organismos internacionales que han emitido recomendaciones en materia de acceso al aborto. Desde este organismo, se retoman los principales debates en cuanto a la vida, principal elemento a discutir cuando se habla de aborto. En su Observación General N° 6 (El derecho a la vida) establece que “el derecho inherente a la vida no

debe ser interpretado de manera restrictiva. La Observación exige que los Estados Parte tomen medidas positivas, mencionando particularmente la necesidad de los Estados Parte de tomar todas las medidas posibles para aumentar la expectativa de vida” (p. 9). Así mismo, en su Observación General N° 28 (Igualdad de derechos entre hombres y mujeres) establece que cuando los Estados Parte emitan informes respecto al cumplimiento del artículo 6, antes mencionado “proporcionen información sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida” (p. 9).

Por otro lado, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud) desarrolla el derecho a la salud materno-infantil y reproductiva, instando a los países a que establezcan medidas que garanticen la mejora de

la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la planificación familiar, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información (p. 12).

Si bien, en su recomendación no se hace explícita la necesidad de garantizar el acceso al aborto, este vendría a formar parte de los servicios de salud SyR. En general, este comité hace énfasis en la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud para las mujeres y que estos sean de calidad, con miras a disminuir la tasa de mortalidad materna.

El mencionado comité, en su Observación General N° 16 (El derecho igualitario de hombres y mujeres al disfrute de todos los derechos económicos, sociales y culturales) establece que para dar pleno cumplimiento al derecho igualitario a la salud “deben eliminarse los obstáculos jurídicos y de otro tipo que impiden que hombres y mujeres tengan igualdad de acceso a los servicios de salud pública. Se



incluye aquí en particular, “la eliminación de las restricciones legales en materia de salud reproductiva” (p. 13). Ante esto, el comité ha emitido innumerables veces recomendaciones para que los países amplíen sus programas de acceso a la salud sexual y salud reproductiva, así como para que implementen programas que permitan aumentar y garantizar el abasto y acceso a métodos de anticoncepción y planificación familiar.

En este sentido, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, en su Recomendación General N° 25 (Relativa a las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género) establece que algunas de las formas de discriminación racial pueden ser vividas únicamente las mujeres y que generalmente estas son motivadas por cuestiones de género. Según el Centro de Derechos Reproductivos (2010), este comité “determina que considerará el tema del género al evaluar y monitorear la discriminación racial contra las mujeres, así como de qué manera este tipo de discriminación afecta el ejercicio de todos los otros derechos. Esto incluiría el derecho de la mujer a la salud y a la vida, que están incluidos en el caso de la mujer y el aborto” (p. 15). Es evidente pues, cómo desde este organismo se manifiesta la preocupación por la muerte materna por motivos del desigual acceso a los servicios de salud pública, especialmente de la salud sexual y la salud reproductiva.

Finalmente, el Comité contra la Tortura, en la primera de sus Observaciones Generales (sobre la implementación del Artículo 3 de la Convención en el contexto del Artículo 22), establece su preocupación respecto a la negación de atención médica a las mujeres embarazadas que requieren de un aborto, estableciendo que esto las orilla a recurrir a abortos ilegales que ponen en riesgo su salud y vida.

Las recomendaciones de este Comité se hacen especialmente importantes en el caso de los países en que, como México, el aborto es punitivo. Pues en diversas ocasiones las mujeres han sido obligadas y coaccionadas a confesar la práctica de un

aborto, llevándolas a enfrentar un proceso legal y violando, además, su derecho humano a la privacidad. Y en casos más extremos, negando la atención médica a mujeres que acuden con complicaciones por un aborto mal practicado, dejándolas pasar por un proceso traumático, doloroso y cruel. Por lo que ha pugnado por incitar a los países a que revisen sus legislaciones para “garantizar tratamiento inmediato e incondicional a las personas que solicitan atención de urgencia, en cumplimiento con las pautas de la Organización Mundial de la Salud” (p. 16).

Es así como,

todos los Comités, excepto el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, han manifestado preocupación por los abortos ilegales o realizados en condiciones de riesgo. El Comité de la CEDAW, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales han solicitado explícitamente a los Estados Parte que revisen la legislación que penaliza el aborto. Todos los comités, excepto el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial han hecho la importante conexión entre el aborto ilegal y en condiciones de riesgo con las altas tasas de mortalidad materna. Si bien el Comité de la CEDAW y el Comité de Derechos Humanos han dictado la pauta al momento de analizar de forma explícita las restricciones al aborto como una violación del derecho de las mujeres a la vida, todos los comités excepto el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y el Comité contra la Tortura han manifestado preocupación por el impacto que tienen las muertes relacionadas con el aborto sobre los derechos de las mujeres a la vida y a la salud (p. 19).

Desde estos organismos internacionales se observa una clara postura en favor de la permisividad del aborto como un derecho humano. Sin embargo, existen también, a este nivel global, grupos en pugna que defienden todo lo contrario, es decir la punibilidad y prohibición del aborto.

Dentro de este mismo marco internacional, no podemos dejar de lado la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en el año de 1994, que representó una plataforma y una coyuntura importante para la construcción de argumentos en favor del aborto como un derecho, pues es en esta conferencia donde, por primera vez se insta a los gobiernos a considerar que los

abortos realizados en condiciones clandestinas y de riesgo son una causa importante de la mortalidad materna así como una importante cuestión de salud pública que requiere su atención. Esta plataforma, junto con la de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), establecen en sus plataformas de acción que:

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. [...] En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Los derechos reproductivos están “firmemente enraizados en los derechos humanos” y comprenden dos principios: a) el derecho a la salud reproductiva, que implica la obligación gubernamental de garantizar la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y remover las barreras legales para esa prestación y b) el derecho a la autodeterminación reproductiva, que se basa en el derecho a planificar la familia, a estar libre de interferencias en las decisiones reproductivas, así como a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva de la mujer (GIRE, s.f., s.p.).

Por su parte, las convenciones internacionales que han abordado específicamente la situación de las mujeres también se han pronunciado respecto al aborto.

Además de la CEDAW, desde la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing se han emitido recomendaciones para garantizar el acceso al aborto como un derecho de todas las mujeres.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, más conocida como Belem do Pará por el nombre del lugar en que se realizó (Brasil) en 1994 tiene el propósito de proteger los derechos humanos de las mujeres y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas, ya que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Mientras que, la Plataforma de Acción de Beijing o Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer, celebrada en 1995, tuvo el objetivo de promover el empoderamiento de las mujeres a través del establecimiento de objetivos estratégicos y medidas para su progreso en 12 esferas cruciales: la mujer y la pobreza; educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente; y finalmente, la niña.

Esta conferencia se basó en los acuerdos alcanzados en las tres conferencias sobre la mujer celebradas con anterioridad, en México, Copenhague y Nairobi, en los años 1975, 1980 y 1985, respectivamente

Es pues como también en el panorama internacional se conjugan diversas posturas e interpretaciones respecto a la práctica del aborto, sin embargo, resulta

claro que la postura de los organismos internacionales de derechos humanos posee la capacidad moral y jurídica para emitir las recomendaciones a los países en lo que al aborto se refiere y estas recomendaciones, generalmente están enfocadas en garantizar el acceso a esta práctica como un derecho de todas las mujeres.

#### *2.1.2.1 Organismos internacionales opositores de la práctica del aborto*

Uno de los principales temas que sirve de argumento para los grupos que se manifiestan en contra del acceso al aborto como un derecho es el del derecho humano a la vida. Resulta interesante la manera en que los grupos de oposición por ejemplo la *International Organizations Law Group/C-FAM*, realizan, a partir de los mismos tratados internacionales antes mencionados, interpretaciones en las que ponderan el derecho a la vida del no nacido, negando así cualquier posibilidad de acceso al aborto de manera legal.

Ellos alegan que, los textos “negociados” acerca de los tratados internacionales en materia de derechos humanos (uno de ellos, desde esta perspectiva, puede ser el elaborado por el Centro de Derechos Reproductivos, del cual se extrajo la información presentada párrafos antes, acerca de las Recomendaciones Generales de los Comités internacionales en materia de aborto), no estipulan el acceso al aborto como un derecho y en ningún sentido recomiendan o instan a los Estados Partes a la despenalización y que el “lenguaje claro” de dichos tratados internacionales es bastante consistente cuando de defender la vida del no nacido se trata.

Un ejemplo de la polaridad en las interpretaciones de ambos grupos se puede ver claramente al analizar lo establecido en el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; cuando se habla del derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud mental y física. Por un lado y como mencioné en los apartados anteriores, los organismos de Derechos Humanos, lo

utilizan a favor de sus argumentos incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva y en esta última el acceso al aborto como parte de la garantía para alcanzar este alto nivel de salud mental y física. Mientras que, por otro lado, los grupos de oposición, a partir del mismo texto alegan que este es perfectamente compatible y coherente con la defensa del derecho a la vida en el vientre y que por tanto abarca la protección de la vida por nacer.

Los llamados movimientos Pro vida o también denominados por los grupos progresistas como Anti derechos, han puesto en las mesas de discusión el tema del aborto en este mismo sentido.

La filosofía Provida se gestó inicialmente en el contexto de los grupos eclesiásticos, quienes, a través del uso de dogmas religiosos como argumento, han defendido cuestiones de tipo más conservador que tienen que ver con el correcto comportamiento de las personas.

En México, el movimiento Nacional Provida surge en 1978 como respuesta a una iniciativa de ley presentada en la Cámara de Diputados que permitía la legalización del aborto. En ese entonces, como ahora, la iniciativa planteaba que el aborto fuera considerado un derecho de la mujer y que las instituciones encargadas de la salud brindaran este servicio de manera gratuita.

Ante esto, desde el Episcopado mexicano se realizan acciones para dar marcha atrás a esta iniciativa, una de ellas, la creación del Comité Nacional Provida, quienes se autodefinen como “una asociación civil dedicada a promover el valor y la dignidad del ser humano y defender su vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural” (2004, s.p.).

El movimiento Pro vida sostiene una postura ética y política que centra sus luchas y discusiones en la defensa del derecho humano a la vida. Desde su mirada, la vida comienza desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, por lo que rechazan todo tipo de procedimiento que atente contra esta lógica de

pensamiento como son la eutanasia, la reproducción asistida, la clonación humana y especialmente, el aborto provocado.

Desde el posicionamiento pro vida, el derecho a la vida es la base del Estado de derecho y miran el aborto provocado como “la eliminación alevosa de un ser humano que todavía no ha tenido tiempo de merecer un trato tan salvaje como el que de esta forma se le dispensa” (Barrio, s/f, p. 5). Por tal motivo, podríamos decir que el movimiento pro vida es el antagónico de los movimientos feministas, denominados pro elección, en lo que refiere a la situación moral y legal del aborto, desde esta postura plantean que una legislación abortista-aunque sea bajo la forma de despenalización- en ningún caso es un mal “menor”. Constituye algo absolutamente inicuo y pone en cuestión la legitimidad, no sólo del gobierno que tiránicamente la impone, sino del que la mantiene sin hacer nada por abolirla o sin dejar que nadie haga nada para combatirla (Barrio, s/f, p. 5).

En México, el Comité Nacional Provida A. C., es el principal representante de estos posicionamientos. Con la consigna “si quieres la paz, defiende la vida”, han hecho explícitas sus recomendaciones en cuanto al inicio de la vida, el aborto provocado y sus aspectos legales, el matrimonio y la familia, la bioética, el nuevo feminismo, la eutanasia y la sexualidad humana, entre otros que se desprenden de los mismos. Para esta organización

la defensa de la dignidad del ser humano es un asunto de responsabilidad social integral que a todos nos compromete. [En] trabajar unidos para establecer en la sociedad una verdadera cultura de la vida, en donde por encima de todo, se aprecie y se respete el valor y la dignidad de cada ser humano, desde el momento de su concepción, hasta su muerte natural... [Para] tener el país que tanto anhelamos y al que tenemos derecho (Comité Nacional Provida A. C., 2004, s. p.).

Por lo que sus acciones en materia de aborto están encaminadas a lograr su total prohibición, basándose en lo que llaman “ética de los principios”, que toma como punto de partida el principio del respeto a la vida humana.

Ante esto, se realizan el cuestionamiento de si el fruto inmediato de la concepción es un ser humano. Respondiendo de manera bastante ambigua ante esta pregunta, mencionan que nadie puede dudar de la humanidad de un no nacido, pues videos, fotografías, estudios por ultrasonido, genética y demás lo constatan, así como “los latidos de su corazón a los 70 días de concebido, o antes, desde los 24” (Comité Nacional Provida, 2004, s. p.).

Alegan que el análisis de las consecuencias positivas o negativas que acarrearía la práctica del aborto pasa a segundo plano una vez adoptado el principio de respeto a la vida humana, por lo que no cabría ya hacerse tal cuestionamiento. Consideran que, al realizarse abortos, las mujeres se están deshaciendo de la mitad de la humanidad y equiparan esta práctica con las muertes de los ancianos o de los débiles mentales, cuestionando si pondríamos a discusión el hecho de prescindir de ellos, tal como lo hacemos, desde su perspectiva, a través de los abortos.

Es de esperarse que los grupos Provida estén en concordancia con las leyes que criminalizan la práctica del aborto, sobre todo con aquellas en las que los estados protegen la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como es el caso de la legislación vigente en el estado de Chiapas desde 2009 con la modificación al Art. 4° Constitucional.

Sin embargo y aunque estén de acuerdo en la interpretación de que la legislación sí protege la vida del no nacido, alegan que ésta es insuficiente y que el tratamiento que se le da es poco adecuado. Debido a que, en las mismas legislaciones, el aborto es un delito de menos importancia respecto al homicidio y que esto supone que no se está valorando a la víctima, en este caso, el no nacido, como un ser humano completo.



### *2.1.3. La salud sexual y reproductiva en la legislación nacional y estatal*

En México, hasta el año 2007, en que se logra la despenalización del aborto en el Distrito Federal, hoy Cd. de México, el Estado había suscrito al menos cinco tratados internacionales que le obligaban moral y jurídicamente a garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, incluyendo el acceso al aborto seguro.

En este punto conviene hacer mención que estos tratados cobran especial relevancia en nuestro país dado que, en 2011 la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que los derechos humanos que están incluidos en tratados internacionales que México ha firmado tienen la misma jerarquía que la Constitución, y que, en casos de controversia, se aplicará el principio ‘pro persona’, con el fin de aplicar los criterios que más favorezcan al individuo y sus derechos humanos.

Esto permite inferir que los instrumentos internacionales antes mencionados representan un insumo invaluable a la hora de exigir el cumplimiento o transformación de la política pública local o sugerir su adecuación a los estatutos globales en materia de derechos humanos.

Uno de los pactos más destacados, firmados y ratificados por México es el Programa de Acción de El Cairo, construido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que describí en apartados anteriores. Con esto, México se comprometió a garantizar que toda persona pueda decidir libremente el tener hijos/as o no, así como acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad y obtener un aborto seguro en los casos permitidos por la ley. Lo primero, esté también establecido en el Art. 4º Constitucional que establece “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento

de sus hijos”. En el mismo artículo se reconoce el derecho universal a la protección de la salud.

Otros tratados internacionales que México ha firmado y ratificado y que lo obligan a revisar su legislación respecto al aborto, son la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, (El Cairo, 1994), y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que de igual manera, describimos en los apartados anteriores.

Recapitulando, en el año 2011, cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que los derechos humanos incluidos en los tratados y convenios internacionales firmados por México debía otorgárseles la misma importancia y jerarquía que los establecidos en la constitución mexicana, siempre y cuando esto no se opusiera a las restricciones de la propia Carta Magna, no ocurrieron grandes cambios en lo que a política pública local se refiere.

Si bien, esta resolución representa en un primer momento un insumo poderoso para los grupos que defienden el acceso al aborto como un derecho, pues respaldados por los tratados internacionales se puede alegar su plena garantía; la restricción que acompaña a dicha resolución (“siempre y cuando esto no se opusiera a las restricciones de la propia Carta Magna”), frena sobremanera estas acciones, pues finalmente las acciones tendrían que encaminarse desde lo local y tomando en cuenta las legislaciones de cada entidad.

En México, a raíz de los movimientos y exigencias feministas por la despenalización del aborto, se han logrado modificaciones legales que, en ciertos casos no penalizan la práctica del aborto. En 29 de las 32 entidades que conforman la República Mexicana, el aborto no es punible cuando el embarazo pone en riesgo

la vida de la mujer. En 10 entidades cuando el embarazo es producto de una violación. En 13 cuando el feto presenta malformaciones congénitas o genéticas. En 11 entidades cuando es producto de inseminación artificial no consentida por la mujer. En 29 entidades por la causal “imprudencial o culposo”. Y únicamente en Yucatán y Michoacán por razones socioeconómicas.

En 2007 y después de diversas acciones por parte de grupos feministas, se logra posicionar el aborto como un tema de debate público en el Distrito Federal, logrando su despenalización en abril del mismo año, siendo esta la única entidad en la que la interrupción del embarazo es permitida si se realiza dentro de las 12 primeras semanas de gestación. Por lo que, en este territorio, las luchas ahora se han encaminado a garantizar el pleno acceso a este derecho para todas las mujeres.

#### *2.1.3.1 Acceso a los servicios de Interrupción del Embarazo: Instrumentos de observancia nacional*

A nivel nacional, y de lado de lo que la Constitución establece, se han construido diversos instrumentos de política pública que en la letra obligan a garantizar el acceso al aborto legal para las mujeres en algunas circunstancias ya permitidas por la ley.

Tenemos, por un lado, la Norma Oficial Mexicana 046 de Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres, que establece que en casos de violencia sexual se debe garantizar el acceso a los servicios de interrupción del embarazo a las mujeres que lo soliciten sin que exista de por medio intervención del poder judicial. A la letra, establece que

En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de

edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas (NOM-046, 2016).

Así mismo, por otro lado, se cuenta con la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente (ENAPEA) que, de igual manera, obliga a las instancias de salud a garantizar el servicio de interrupción del embarazo a todas las niñas de entre 11 y 14 años que resulten embarazadas pues se da por hecho que un embarazo a tan temprana edad estuvo provocado por algún tipo de violencia de por medio.

Otro de los instrumentos nacionales que garantizan el acceso a los servicios de interrupción del embarazo y que es de observancia nacional es la Ley General de Víctimas, que en su capítulo 1 sobre Medidas de ayuda inmediata, artículo 30º, fracciones IX y X, establece que las instancias de salud deberán otorgar los “servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima, y la atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas” (2013, p. 13).

Las políticas públicas antes mencionadas, al tener observancia nacional, su aplicabilidad a nivel estatal resulta también obligatoria. Por lo que pueden considerarse también como políticas públicas locales vigentes y aplicables para el estado de Chiapas.

#### *2.1.3.2 Prestación de servicios de salud: Instrumentos de observancia nacional*

En este apartado, y antes de comenzar, resulta importante hacer mención sobre la poca reglamentación que existe en materia de capacitación y prestación de servicios de salud que se encuentre clasificada por áreas, en este caso, la de la salud

sexual y reproductiva. Sin embargo, existen instrumentos generales sobre la prestación de los servicios de salud en general, que, al no tener clasificaciones por área, se entiende que son aplicables a cualquiera de las que atañen al ámbito de la salud.

Ahora bien, en lo que respecta a la formación y capacitación del personal para la prestación de servicios, se encuentra el sustento más sólido en la Ley General de Salud, en su Título Cuarto, Capítulo III sobre Formación, Capacitación y Actualización del Personal, que en su Artículo 90° establece que:

Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;

II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;

III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas (2010, p.2)

Así mismo, en 1996, producto del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 fue aprobado el Acuerdo número 140 por el que se crea el Comité de Capacitación y Desarrollo de Personal de la Secretaría de Salud, con el objetivo de

elevar el potencial productivo de la fuerza laboral y propiciar su desarrollo constituye un objetivo de la mayor importancia para alcanzar el crecimiento sostenido de la producción, la productividad y los salarios. Con ese fin, resulta

estratégico impulsar las oportunidades de formación técnica y capacitación de los trabajadores del país (1996, p. 1)

Si bien, el acuerdo no establece líneas específicas de capacitación del personal, puede entenderse que se trata de una propuesta general, aplicable a todas las áreas de prestación de servicios de salud, incluyendo la sexual y reproductiva.

Por su parte el documento que contiene las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, cuyo objetivo es la regulación de las condiciones de ingreso, permanencia y baja de las y los prestadores de servicios de salud; establece algunos lineamientos referentes a la prestación de dichos servicios, específicamente en sus capítulos IX y X, de la intensidad, calidad y productividad en el trabajo y de la capacitación y escalafón, respectivamente; entre los que se menciona que se entenderá como capacitación al “proceso permanente cuyo propósito es desarrollar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de los trabajadores para que éstos se desempeñen adecuadamente en su puesto de trabajo” (SSA, 2014, s.p.) y que dichos trabajadores tendrán el derecho de acceder a procesos de capacitación para incrementar su competencia transversal y técnica; para mejorar su desempeño; así como para la adquisición de competencias relacionadas con perfiles de puestos superiores.

Por su parte, el Acuerdo Nacional Para la Descentralización de los Servicios de Salud, menciona como principales órdenes de gobierno en el campo de la salud que para que para que el país alcance los niveles de atención y calidad en la salud acordes a los instrumentos internacionales es imprescindible la acción de los gobiernos locales a fin de impulsar, organizar, coordinar y vigilar el ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, haciendo énfasis en la promoción de la formación de los recursos humanos y la investigación en el ámbito de la salud.

Ahora bien, otro insumo a nivel nacional referente a la formación y capacitación del personal prestador de servicios de salud es el Catálogo de

Funciones Descentralizadas a los Servicios de Salud de las Entidades Federativas (1999), que en su apartado 7.2 sobre enseñanza en la salud establece que será obligación de las instancias de salud de las entidades federativas:

Supervisar y evaluar los programas de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud de las unidades operativas.

Elaborar el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de la entidad federativa, sistematizar el procedimiento y mantenerlo actualizado, de acuerdo con la normatividad correspondiente.

Elaborar, ejecutar supervisar y evaluar el Programa de Capacitación de la entidad federativa, de acuerdo con las políticas y estrategias nacionales.

Supervisar el Sistema de Capacitación de la entidad federativa, en los ámbitos jurisdiccional y unidad operativa, de acuerdo con la normatividad de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Dictaminar en la entidad federativa, por medio de las Comisiones Centrales Mixtas de Capacitación, la participación de los trabajadores en otra entidad federativa, en actividades educativa con duración de hasta treinta días.

Dictaminar en la Comisión Central de la entidad federativa, la autorización de becas contenidas en el reglamento de Capacitación, como son: internado de pregrado, servicio social de pasantes, especialidades, maestrías en salud pública y cursos postécnicos, de acuerdo con la normatividad correspondiente.

Ejercer y controlar el presupuesto que se asigne, con objeto de satisfacer las necesidades identificadas en el diagnóstico de capacitación, realizado en la entidad federativa (1999, s.p.).

El Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, perteneciente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2006) obliga, de la misma forma, a las instituciones de salud a encaminar acciones dirigidas a la mejora en la prestación de los servicios de salud a través de la formación del personal, entre las que destacan:

Emitir los instrumentos para aplicar y vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de calidad y educación en salud.

Conducir y determinar elementos técnicos en materia de prestación de los servicios de atención médica y asistencia social, formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Fijar directrices para el desarrollo de modelos estratégicos para mejorar la calidad de los servicios de salud y la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Fijar el proceso y componentes de políticas educativas en salud en materia de formación, capacitación y educación permanente de recursos humanos en salud y vigilar su cumplimiento.

Fijar modelos estratégicos para mejorar la calidad de los servicios, formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Determinar y conducir la aplicación de los procesos de capacitación orientados a mejorar el desempeño del personal directivo y operativo para elevar la calidad de los servicios de salud del país.

Evaluar de políticas educativas en salud, en materia de formación y educación permanente de recursos humanos en salud y vigilar su cumplimiento (2006, s.p.).

En este sentido, así como la legislación obliga a las instituciones a garantizar procesos de formación y capacitación a su personal, se cuenta también con instrumentos como la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que en su reglamentaria del apartado B del Art. 123º Constitucional (2006) establece que son obligaciones de todos los trabajadores asistir a los procesos de capacitación con el fin de mejorar su preparación y eficiencia. Y otros instrumentos que establecen como derecho de los trabajadores de la salud el acceso a procesos formativos, como el Manual de Capacitación de la Secretaría de Salud, que establece en su Artículo 8º del Capítulo II (s.f.) que los trabajadores tendrán derecho a acceder a la capacitación para el desempeño conforme a los programas y/o convenios que elabore la Secretaría de Salud, así como recibir la capacitación adecuada y necesaria para desempeñar su puesto de la mejor manera.



Puede observarse, pues, cómo aunque de forma general, existe una vasta compilación de políticas públicas de observancia nacional que establecen la importancia de la formación y capacitación del personal como medida necesaria para la mejora en la prestación y acceso a los servicios de salud.

#### ***2.1.4. El impacto del marco normativo internacional, nacional y estatal en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva***

Según la red de Democracia y Sexualidad DEMYSEX (2011), en México cada año se practican cerca de un millón de abortos en forma clandestina, considerando que la cifra puede ser mucho mayor, pues solo se pueden contabilizar aquellos abortos que terminan en complicaciones en los hospitales y de los que de alguna manera existe el registro.

En Chiapas, según entrevista con el titular del departamento de Gineco obstetricia del Hospital General Rafael Pascasio Gamboa (2016), se realizan alrededor de 120 abortos por partos inmaduros.

Así mismo, una investigación realizada por estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas (2004), reveló que en este estado una de cada diez mujeres que se embaraza recurre al aborto. También, según datos de la Redfine (2004) se registran alrededor de entre 600 y 1000 abortos al mes, considerando que solo se llegan a contabilizar cerca de 30% del total real de interrupciones del embarazo, dado que, al ser una práctica delictiva, generalmente solo se llega a saber de aquellos que terminan en los hospitales públicos debido a alguna complicación.

De igual manera, a partir de la investigación realizada por estudiantes de medicina en el estado, en el año 2004, Carlos Ruiz, en ese entonces secretario académico de dicha universidad, aseveró que, del total de muertes maternas en el estado, 20% era resultado de un aborto mal practicado, este dato podemos

dimensionarlo si tomamos en cuenta que Chiapas ocupa actualmente el tercer lugar nacional en muerte materna.

Las complicaciones emergidas de un aborto mal practicado en condiciones inseguras e insalubres, generalmente llevan a la muerte de las mujeres, considerando los datos anteriores proporcionados por Ruiz (2004), en los que se asevera que, del total de muertes maternas, el 20% son resultado de un aborto mal practicado, estaríamos hablando que, en Chiapas, de cada 10 mujeres que fallecen por cuestiones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, dos tienen que ver con abortos mal practicados.

Estas cifras son lo que permiten dimensionar esta situación como un problema de salud pública. Y, por otro lado, evidenciarlo como un asunto de justicia social, pues son las mujeres más pobres las que, al no tener los recursos para viajar, ser rechazadas en los servicios de salud pública o no poder pagar una clínica que, aunque clandestina, cuente con las condiciones adecuadas para realizar el aborto seguro, se ven obligadas a recurrir a cualquier medio, poniendo en riesgo su salud y su vida.

Cabe hacer mención también de que, según cifras del INEGI (2016), del total de causas de morbilidad en el estado de Chiapas, el 60% tienen que ver con situaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

Esto permite dimensionar que, por obvias razones la mayor parte de las atenciones en las clínicas públicas del estado son a mujeres en edad reproductiva, al mismo tiempo se puede inferir que si los servicios son deficientes, las consecuencias en la salud serán en su mayoría para las usuarias.

## 2.2. El aborto: un servicio en el área de la salud sexual y reproductiva

### 2.2.1. Principales debates en torno a la práctica del aborto

Uno de los principales debates que emerge cuando se habla de aborto o cuando se asumen posicionamientos respecto a permitirlo o no como un derecho al que todas las mujeres pueden acceder, tiene que ver con el asunto de la vida humana, en este caso, respecto a en qué momento se da inicio a esta o de si podemos adjudicar al producto de la fecundación el carácter de persona humana.

Es precisamente este debate respecto al comienzo de la vida el que prima y permea todas las acciones que se han propuesto hacer tanto los grupos en favor de la práctica del aborto como un derecho, como los que están en contra, con el fin de garantizar el derecho a la vida, ya sea de las mujeres o del producto de la fecundación, respectivamente.

La bioética, que es la rama de la ética encargada de proveer los elementos y principios para la conducta correcta de las personas respecto a la vida, tanto humana como no humana; proporciona algunos elementos básicos para entender este debate que son necesarios para tomar postura.

A partir de esta rama de la ética, se plantea la importancia de reflexionar acerca del estatuto del embrión humano, haciéndonos algunos cuestionamientos como: ¿Qué o quién es el embrión o feto? o ¿cuándo comienza la vida humana?

Y es en este punto donde reside la cuestión más polémica del aborto, pues la interrupción de un embarazo implica un conflicto entre el derecho a la autonomía y libertad de la mujer defendido por los grupos pro elección y feministas, a partir de los cuales se ha construido la legislación internacional de derechos humanos de las mujeres y el derecho del producto a nacer que diversos grupos Provida defienden.

Ante esto, y en la coyuntura política que se gestó en el 2007 en el Distrito Federal ante la iniciativa legislativa de despenalización del aborto hasta las 12

semanas, el Colegio de Bioética A.C. integrada por expertas y expertos en genética, medicina, ética médica, derecho a la salud, miembros catedráticas (os) de la Universidad Nacional Autónoma de México y de El Colegio Nacional, expresaron en un comunicado de manera pública algunos argumentos respecto a la vida humana que proporcionaron un insumo positivo para la despenalización y que, en términos legales y jurídicos permiten entender esta discusión desde la postura científica.

El comunicado, en lo referente a la cuestión de la vida humana, expresa lo siguiente:

Los conocimientos científicos sobre el genoma, la fertilización, el desarrollo del embrión humano y la fisiología del embarazo indican que el embrión de 12 semanas NO es un individuo biológico ni mucho menos una persona, porque:

- a) Carece de vida independiente, ya que es totalmente inviable fuera del útero.
- b) Si bien posee el genoma humano completo, considerar que por esto el embrión de 12 semanas es persona obligaría aceptar como persona a cualquier célula u órgano del organismo adulto, que también tiene el genoma humano. La extirpación de un órgano equivaldría entonces a matar a miles de millones de personas.
- c) A las 12 semanas el desarrollo del cerebro está apenas en sus etapas iniciales y no se ha desarrollado la corteza cerebral, no se han establecido las conexiones nerviosas hacia esa región que son indispensables para que puedan existir las sensaciones.
- d) Por lo anterior, el embrión de 12 semanas no es capaz de experimentar dolor ni ninguna otra percepción sensorial, y mucho menos de sufrir o de gozar (2007, s.p.).

Lo anterior proporciona elementos, desde el discurso médico científico para comprender el asunto de la vida humana y su relación con la práctica del aborto, así como para reflexionar sobre los diferentes posicionamientos que alrededor de esta

práctica se gestan y que impactan en la construcción y definición de política públicas en materia de acceso al aborto como un derecho para las mujeres.

Sin embargo y aun con las declaraciones emanadas de la ciencia bioética, existen fuertes resistencias para la aceptación del aborto como un derecho, pues en las discusiones sobre su legitimidad afloran una serie de argumentaciones con una fuerte carga emotiva e ideológica. Dicha carga ideológica, generalmente tiene que ver con discursos emanados de la tradición religiosa cristiana, desde la cual, se asume el aborto como un pecado. Y en este sentido, las legislaciones mexicanas tendrían que permanecer al margen de este tipo de fundamentalismos, dado el carácter laico del Estado mexicano.

### *2.2.2. La despenalización del aborto en México*

La despenalización del aborto en la actual Cd. de México, en esos entonces denominado Distrito Federal, supuso un avance por demás significativo para el movimiento feminista en México. Al respecto, conviene hacer algunas precisiones y comentarios sobre lo suscitado en aquel 2007 y sobre las repercusiones que esto tuvo en las entidades federativas, principalmente en Chiapas.

Lamas (2015), en su reciente texto “El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos”, narra, no sin antes hacer la advertencia de que lo vertido en el libro se limita a un testimonio personal de lo vivido en aquel año, que este logro en Cd. de México fue resultado de la confluencia de diversos actores, tanto del ámbito político nacional e internacional, como de la sociedad civil, incluso del ámbito intelectual y del espectáculo del país, que posicionaron argumentos respecto a la despenalización y que tuvieron peso en las representaciones sociales de la población, como son el caso de Carlos Monsiváis y Roberto Gómez Bolaños “Chespirito” que se posicionaron a favor y en contra, respectivamente; emitiendo declaraciones públicas

durante el proceso y, en el caso del segundo, encabezando campañas mediáticas en contra de la despenalización.

Una de las principales reflexiones que realiza Lamas (2015) es acerca de cómo fue posible que en una sociedad mayoritariamente católica como la de este país la hegemonía de la iglesia se fracturara. Ante esto, responde que, de todos los actores presentes, los principales fueron los grupos feministas, aunado a ello, el reciente triunfo del Partido de la Revolución Democrática (PRD) y finalmente, la polarización de los posicionamientos políticos después de las elecciones.

En México, un país con poco más de 70 años de lucha feminista, estos grupos fueron posicionando como una de sus principales demandas el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. En aquellos años, comenta Lamas (2009), las feministas mexicanas realizaron un primer esfuerzo concreto hacia la aceptación del derecho al aborto legal desde las agrupaciones Mujeres en Acción Solidaria (MAS) y el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) a través de una serie de conferencias públicas sobre el tema, en estos espacios

plantearon el derecho al aborto como un asunto de justicia social, como una cuestión de salud pública y como una aspiración democrática. No obstante la contundencia de sus argumentaciones, tardaron otros 35 años en lograr la tan anhelada despenalización ¡y solo en la Ciudad de México! (pp. 156-157).

Algunos de sus principales detractores en aquel tiempo fueron sus propios compañeros de la izquierda mexicana, con quienes sostuvieron duros enfrentamientos, en los que estos últimos las acusaron de “agentes del imperialismo yanqui y de promover una medida tan maltusiana, una exigencia del Primer Mundo ajena a la realidad mexicana” (p. 156).

Años más tarde las agrupaciones feministas continuaron organizándose y tomando fuerza, dando como resultado la creación de seis agrupaciones unidas en la Coalición de Mujeres Feministas, después se crea el Frente Nacional de Lucha por

la Liberación y los Derechos de las Mujeres, el primero caracterizado por incluir mujeres del ámbito de la sociedad civil y el segundo de partidos políticos y sindicatos universitarios.

En conjunto, las mencionadas agrupaciones presentan en 1980 el Proyecto de Ley de Maternidad Voluntaria, que fue congelada en el Congreso después de una fuerte campaña de desacreditación encabezada por la iglesia católica.

Ya para 1990 y después de las acciones frustradas, el tema del aborto vuelve a los espacios de discusión después de la detención arbitraria del personal y pacientes de una clínica que practicaba abortos de manera clandestina en la Cd. de México. Esto movilizó a los grupos de feministas, que aprovecharon la situación para emitir comunicados públicos firmados por mujeres de diversos sectores en los que exigían justicia y libertad para las mujeres detenidas, y por supuesto la despenalización del aborto.

Para Chiapas, este año también representó un hito en la lucha por el acceso al aborto legal con un intento de despenalización frustrado por la iglesia católica, mismo que se explica detalladamente en el siguiente apartado.

Después de lo ocurrido, en 1991, se funda el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto, que organiza una de las primeras marchas en protesta a lo ocurrido en Chiapas y exigiendo el acceso al aborto como un derecho ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Según Lamas (2009), “por primera vez en México, las feministas reivindicaban los derechos reproductivos, incluido el aborto, como derechos humanos de las mujeres” (p. 159).

Se podría decir que a partir de ese año se comienzan las luchas más fuertes desde los grupos feministas que fueron preparando el terreno hacia la despenalización de 2007, desde entonces

tuvieron lugar foros, manifestaciones, conferencias y un acto en el Monumento a la Madre en la Ciudad de México, donde se colocó una placa debajo de donde

se encuentra grabada la leyenda «A la que nos amó aun antes de conocernos» en la que podía leerse «Porque su maternidad fue voluntaria». Paralelamente, como ya se señaló, Salinas de Gortari reformó el artículo 130 de la Constitución que impedía la existencia jurídica de las iglesias y les dio la posibilidad de operar abiertamente (Lamas, 2009, p. 159).

Esto dio paso también a la creación de grupos feministas profesionalizados, dada la necesidad de realizar sus propios estudios e investigaciones para tener los insumos serios para la exigencia y la denuncia, y además contar con un centro de documentación propio de las feministas y sin las manipulaciones que enfrentan las cifras oficiales emanadas de las instituciones públicas.

Ejemplo de lo anterior es la creación del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) que “se constituyó como una asociación civil con el objetivo de lograr la despenalización del aborto mediante el fortalecimiento de una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos” (Lamas, 2009, p. 159) y que continúa vigente realizando acciones en defensa de los derechos sexuales y reproductivos; sus acciones están orientadas, en su mayoría, a defender mediante el litigio estratégico y documentar casos de violación de derechos reproductivos.

Fue precisamente desde este espacio que se promueve el cambio de discurso que imperaba en aquellos tiempos cuando se hablaba de aborto sí y aborto no, y que polarizaba aún más los posicionamientos. Se emprendieron acciones, encuestas y campañas que tuvieron el objetivo de transformar el discurso polarizador por uno centrado en el derecho a decidir de las mujeres. La introducción de un discurso diferente respecto a la práctica del aborto fue preparando también el terreno hacia la despenalización.

Varios años más tarde y después de diversas acciones que los grupos feministas continuaban realizando en pro de la reivindicación del aborto como un derecho para todas las mujeres, en 2006 y después de las elecciones presidenciales el país se encontraba en una visible polarización política entre el Partido Acción



Nacional (PAN), representado por Felipe Calderón Hinojosa y el PRD, por Andrés Manuel López Obrador. Dado que el primero había ocupado la presidencia de la República envuelto en una multitud de acusaciones de fraude electoral, dio pie a que, en noviembre de ese año, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y Alternativa presentaran una reforma para despenalizar el aborto ante la Asamblea Legislativa del entonces Distrito Federal. Cuatro meses más tarde y después de una serie de eventos públicos organizados por la propia asamblea y en los que se llevaban a cabo debates con opiniones polarizadas, se votó por mayoría a favor de la iniciativa de ley que entró en vigor un día después de su votación al ser publicada en el Diario Oficial de la Federación (Lamas, 2009, p. 167).

La despenalización del aborto en la Cd. de México representó un logro significativo para la lucha de las mujeres en el país.

La reforma ubicó a la Ciudad de México a la vanguardia de América Latina en el tratamiento penal del aborto, con argumentos que calan hondo en el imaginario colectivo y con una experiencia de organización ciudadana que puede ser llevada a otras latitudes (Lamas, 2009, p. 170).

Sin embargo y ante tal panorama, las reacciones tanto de la jerarquía católica como de los principales partidos opositores (PAN y Partido Verde Ecologista de México [PVEM]) no se hicieron esperar, pero no lograron frenar los avances que se habían conseguido en la Cd. de México.

Lo que siguió, en cuanto a reacciones adversas después de la despenalización y que ha afectado al resto de las entidades federativas fue la ola de reformas constitucionales que diversos gobiernos estatales realizaron con el fin de frenar cualquier acción similar que las mujeres pudieran replicar en alguna de las entidades.

La forma en que los gobiernos locales comenzaron a generar trabas jurídicas fue a través de las reformas al Artículo 4to de sus respectivas constituciones bajo la

consigna de posicionarse en favor de la vida, protegiéndola jurídicamente desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. En el siguiente apartado se detalla cómo se vivió ese proceso en Chiapas en el año 2009.

Resulta en cierta medida paradójico que el acceso a derechos en México se garantice en función de la parte del territorio donde nos tocó vivir. Desde las luchas feministas se argumenta que no puede concebirse que solo algunas mujeres en el país puedan tener acceso al aborto legal, seguro y gratuito, mientras que otras, las de las entidades, no.

En cada uno de los estados se han realizado esfuerzos por homologar las legislaciones locales con las de Cd. de México, sin embargo, poco se ha logrado. En el estado de Guerrero se presentó una iniciativa de ley con miras a la despenalización en el año 2014, que fue dictaminada en un sentido negativo. En Coahuila y Morelos, en los años 2014 y 2012, respectivamente, los gobernadores se comprometieron a presentar iniciativas de ley con el mismo objetivo, sin embargo, a la fecha, no ha ocurrido.

Los únicos avances que se han vislumbrado en los estados después de la despenalización del aborto en la Cd. de México, además de la creación y actualización de la NOM-046, han sido el aumento de causales para la ILE.

En Tlaxcala, en 2015 se logró una modificación al Código Penal donde se aumentan las causales para interrumpir el embarazo de manera legal y además quedan como excluyentes de responsabilidad, y no como causales de no punibilidad, lo que ayuda a mermar la imagen de criminalidad que se adjudicaba a las mujeres que recurrían a la práctica, pues legalmente, ya no es un delito.

En Michoacán, en el año 2014, también se aumentaron las causales. Entre las que se agregaron destaca la causal de aborto por precaria situación de la mujer. Esto abre un panorama de posibilidades para que las mujeres pobres, las más afectadas por las restricciones en materia de aborto, tengan la posibilidad de hacerlo de

manera legal. Además, se quitó la pena de cárcel y se cambió por trabajo a favor de la comunidad como sanción.

Si bien, las modificaciones realizadas en Michoacán son por demás positivas, cabe hacer mención que la reforma, al mismo tiempo que adicionó causales eliminó otras, como la causal de aborto por peligro de muerte de la mujer, lo que representa una violación al derecho a la vida, según GIRE (2015, p. 65).

En el apartado siguiente se explica con mayor detalle lo sucedido en el estado de Chiapas a raíz de la despenalización del aborto en la Cd. de México y las modificaciones a las constituciones locales, y el estado en que se encuentra la entidad en materia de acceso a la ILE.

### ***2.2.3 El aborto en Chiapas: una práctica no punible***

Chiapas es uno de los estados en los que el tema del aborto tiene antecedentes más lejanos en lo que respecta a la esfera jurídica. En 1990, durante el gobierno de Patrocinio González Garrido, se intenta despenalizar algunos casos de aborto. A las causales de aborto no punible, que ya estaban establecidas en el Artículo N°278 del Ordenamiento Penal de 1984, que eran, aborto por violación, por peligro de muerte de la mujer embarazada y por alteraciones congénitas o genéticas; se agregaban (en el Artículo N° 136), tres causales:

- por imprudencia de la mujer embarazada,
- por razones de planificación familiar en común acuerdo de la pareja y
- el cometido por madres solteras.

En el último, se establecía, como condición que "tales decisiones se tomen dentro de los noventa días de gestación previo el dictamen de otros médicos, cuando sea posible, y no sea peligrosa la demora" (Islas, 2008, s.p.).

Con esta modificación, claramente se dejaba abierta toda posibilidad de realizar un aborto pudiendo alegar una de estas causales, que no requerían mayor comprobación que la sola palabra de la mujer o en su defecto, de ella y su pareja.

Como era de esperarse y debido a la polémica que el asunto generó, los medios de comunicación le dieron amplia difusión, despertando la inquietud de los grupos de oposición que no tardaron en ejercer acciones para frenar dichas modificaciones.

Desde el Comité Nacional Provida, se movilizaron dirigentes activistas con la amenaza de que, de no cancelar las modificaciones del código penal recién elaboradas, extenderían sus acciones de protesta a nivel nacional. Ante esto, a inicios del siguiente año (1993), se publica en el Diario Oficial un decreto que suspendía la vigencia de los Artículos relativos al aborto, del 134 al 137, que ya habían sido aprobados y además publicados en el estado.

A pesar de que el Congreso local alegó que la cancelación se debía a los resultados de una consulta realizada ante la Comisión de Derechos Humanos, esta nunca fue desahogada públicamente.

Actualmente, Chiapas permite la interrupción legal del embarazo en tres circunstancias, cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, cuando es producto de una violación y cuando el feto presenta malformaciones congénitas o genéticas; establecidas en el Art. 181 del Código Penal para el Estado de Chiapas, que establece que:

No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción o cuando la madre embarazada corra peligro de muerte, o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora (2016, p. 68).

No está de más decir que, aunque el aborto es legal en las circunstancias mencionadas, Chiapas no cuenta con una reglamentación clara que permita que las mujeres que pueden comprobar una causal accedan a un aborto en condiciones seguras, es decir, no existe una ruta definida que las mujeres puedan seguir para tener acceso a este servicio proporcionado, en teoría, por el Estado.

En diciembre de 2009 las y los legisladores presentaron y aprobaron una iniciativa de ley llamada “Paternidad responsable” que a grandes rasgos buscaba dotar de poder a la palabra de la mujer respecto a la paternidad de sus hijas/os. Es decir, bastaba la sola palabra de la mujer para determinar el parentesco del producto y que el padre asumiera las responsabilidades económicas y legales que conlleva la paternidad. Sin embargo, junto con esta ley se presenta también una modificación al artículo 4to. Constitucional que establece que toda persona tiene derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijas/os, agregando en el último párrafo “que el Estado protege la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural”, lo que representa una incongruencia jurídica, pues esta ley y la modificación adjunta, según los movimientos feministas, tuvo el objetivo de dotar de derechos al cigoto por encima de los de la mujer, pasar por alto la capacidad de decidir por sí misma y dejó al descubierto las alianzas entre partidos políticos contrarios con los poderes fácticos de la Iglesia, en un Estado laico como México. Las modificaciones realizadas en materia de aborto se encuentran en el capítulo VI del Código Penal para el estado de Chiapas y de 2009 a la fecha se han replicado en 19 estados de la república con el mismo objetivo.

Con su intervención, resulta evidente que la Iglesia Católica representa un actor importante en los debates referentes al aborto y contribuye a generar tensión entre los posicionamientos y acciones de los grupos pro elección y los grupos Provida; sobre todo, considerando que, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010, p.43), el 82.7% de la población mexicana (92.9 millones) practica la

religión católica y que 58.3 % de los habitantes de Chiapas también la practica, lo que lleva a suponer que la postura de ésta frente al aborto tiene repercusiones directas sobre el posicionamiento que las personas mantienen al respecto.

#### *2.2.3.1 Aborto por violación*

La violación es una de las causas por las que el aborto terapéutico o inducido es permitido en todo el territorio mexicano.

Hace apenas un año, cualquier mujer que hubiera sido víctima de violencia sexual y producto de ello estuviera viviendo un embarazo, si así lo decidía, tenía que acudir ante las instancias procuradoras de justicia e interponer una denuncia en contra de su agresor y solo de esta forma, las autoridades podían extenderle una autorización que avalaba que su embarazo había sido producto de la violencia vivida.

Sin embargo, desde los grupos defensores de derechos de las mujeres se consideraba este requisito por demás discriminatorio contra las mujeres, debido a que ponía a juicio su palabra; por otro lado, dadas las condiciones de burocracia y corrupción que han imperado en México, sobre todo en los sistemas encargados de procurar justicia a las víctimas, los trámites se hacían demasiado extensos, habiendo casos en lo que, cuando se otorgaba por fin la autorización a las mujeres, los embarazos ya habían sobrepasado las doce semanas de gestación permitidas para abortar de manera legal.

Sobre lo anterior, el GIRE, en su informe “Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México” tiene registro de algunos casos ocurridos en el Estado de México e Hidalgo sobre negación intencionada del derecho a la ILE por violación.

Un caso paradigmático es el de Paulina, una niña que en 1999, teniendo 13 años de edad, vivió un embarazo producto de violación sexual y le fue negado el derecho de acceso al aborto legal. La denuncia de las omisiones del Estado en este caso llegó hasta la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la cual, en el año 2006 emitió recomendaciones al Estado mexicano para atender este tipo de situaciones.

Producto de dichas recomendaciones se realizó la actualización a la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 relativa a la prestación de servicios médicos en casos de violencia familiar y surgió la Norma Oficial Mexicana 046 (NOM-046), relativa a los criterios de atención para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres; misma que ha representado un insumo fundamental para la exigencia del acceso al aborto por violación.

En Chiapas, como se ha mencionado anteriormente y de acuerdo a las revisiones documentales, no se tiene registro claro acerca del número de abortos que se practican en el sistema de salud por la causal violación. La información recopilada indica únicamente el número total de abortos realizados al año (144), que evidentemente resultan muy pocos en relación al número de mujeres víctimas de violación sexual reportadas.

De acuerdo a la solicitud de información 186117 realizada por el Observatorio Ciudadano Chiapas a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas (2017), en el año 2016, se tiene registro de 748 casos denunciados de violación sexual en la entidad, de los cuales, el 94.92% fue hacia mujeres; para marzo de 2017 la tasa ha aumentado en 3.98%. Estos datos evidencian que la magnitud del problema supera por mucho el nivel de atención que se está otorgando.

Ante esto y teniendo en frente la necesidad de agilizar los procesos de atención a mujeres víctimas de violación sexual que desearan interrumpir los embarazos, en el año 2016 a través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, la Secretaría de Salud federal aprobó la

modificación de la NOM-046, quitando la necesidad de contar con autorización de la autoridad competente para la prestación de servicios de aborto por violación, quedando de la siguiente manera:

En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas (Art. 6.4.2.7, 2016, p. 18)

Como puede observarse, con esta modificación se dota de poder a la voz de las mujeres, lo que representa un avance significativo en materia de acceso a servicios de salud SyR. Cabe mencionar que la NOM-046 es de observancia nacional, por lo que todas las instancias médicas del territorio mexicano están obligadas a seguir los lineamientos que establece.

El aborto por violación es una de las causas culturalmente más aceptadas o permitidas, si bien, no es aceptada del todo, los argumentos son más favorecedores y se centran en la protección de la dignidad de las mujeres víctimas de violencia sexual. Quizá por esta razón es que su permisividad legal abarca todo el país y además existen protocolos claros para su atención. No ocurre lo mismo con las demás causales para acceder a un aborto.

#### *2.2.3.2 Aborto por malformaciones congénitas*

El aborto por la causal de malformaciones congénitas o genéticas del producto ha sido uno de los más debatidos. Algunos códigos penales, como el de Chiapas,



establecen únicamente la permisividad del aborto cuando existan este tipo de alteraciones sin especificar cuáles pueden ser, a saber, el Código Penal para el Estado de Chiapas establece en relación al aborto por esta causa que

no es punible [cuando] pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora (Art. 181, 2016, p. 68)

Sin embargo, al igual que como ocurre con los abortos por violación, en Chiapas no se cuenta con registros que indiquen si se han realizado este tipo de abortos ni existen protocolos que establezcan cómo debe ser el proceder de los/as prestadores/as de servicios de salud ante una situación como esta.

GIRE, en el mismo informe mencionado anteriormente, presenta las cifras de acceso a aborto por causales en cada uno de los estados del país. Chiapas aparece en sus tres causales con el estatus “sin casos” (2015, p. 80).

Anteriormente mencionaba que esta es una de las causales que presenta más dificultades, pues muchos de estos son detectados en etapas avanzadas del embarazo y las presiones culturales ante una interrupción de este tipo hacen que su permisividad sea más cuestionada. Existen registros de mujeres a las que les ha sido notificada la inviabilidad de los productos y las nulas posibilidades de vida que tendrán al nacer y que aun así son obligadas a llevar a término los embarazos, atravesando por una serie de afectaciones emocionales. Existen otros casos en los que son las propias mujeres las que se niegan a interrumpir un embarazo de este tipo, pues al estar en una etapa avanzada del embarazo, han tenido la oportunidad de establecer un vínculo con el producto, que en ocasiones había sido planeado y deseado.

El caso “K.L. contra Perú” llevado por la Comisión de Derechos Humanos (2003) es paradigmático en este sentido. A K.L. le había sido negado el acceso al

aborto cuando contaba con el dictamen médico de un producto con anencefalia, una situación que evidentemente indicaba que se trataba de un producto inviable y que sus posibilidades de vida al nacer eran nulas. Aun así, fue obligada por la instancia de salud a amamantar a la niña durante los cuatro días que permaneció con vida, lo que le trajo severos daños emocionales.

K.L. interpuso una queja ante la Comisión de Derechos Humanos que procedió a su favor y sentó precedentes en ese país para las legislaciones en torno al aborto terapéutico.

#### *2.2.3.3 Aborto por peligro de muerte de la mujer*

Según el Código Penal para el Estado de Chiapas, el aborto no será punible en la entidad “cuando la madre embarazada corra peligro de muerte” (Art. 181, 2016, p. 68), sin embargo y como he venido mencionado, solo se cuenta con ese enunciado en relación a esta causal; no existe algún otro documento que establezca cuándo se asumirá que la mujer corre peligro de muerte. No se encuentran registros respecto a abortos por esta causal en Chiapas.

El que no existan lineamientos claros deja en tela de juicio esta causal y a la libre interpretación de los intereses en juego. Puede asumirse, por un lado, que la vida de la mujer está en peligro únicamente cuando posee alguna enfermedad crónica como las cardiopatías congénitas o cualquier otro mal funcionamiento del sistema cardiovascular; aunque por otro lado, también se puede partir del hecho de que el embarazo por sí mismo pone a las mujeres en una situación de riesgo de perder la vida, sobre todo si se es una mujer pobre que no recibe la atención médica oportuna, los medicamentos adecuados, no lleva una alimentación sana, realiza labores domésticas que implican demasiado esfuerzo, entre muchas otras cosas.

El punto central de la discusión anterior es que esta causal no da elementos que permitan saber las formas adecuadas de atención ni exigir su cumplimiento.

#### *2.2.4 Lo personal es político. Sobre la importancia de legislaciones sobre el cuerpo*

Las luchas feministas han acuñado la reflexión acerca de lo personal y lo político, argumentando que lo personal es político y viceversa; refiriéndose a las políticas públicas que tienen consecuencia directa en la vida personal y en este caso, corporal de las mujeres.

Las tensiones en las que los movimientos sociales feministas han participado han dado como resultado nuevas formas de ser más democráticas que tienen como base el reconocimiento de la diferencia y que al mismo tiempo permiten ir rompiendo con las imposiciones normativas que condicionan la vida y la libertad de las personas, transformando así el cuerpo social.

La consigna de las feministas acerca de que lo personal es político (Hanish, 2016) representa un claro ejemplo de la politización del ámbito doméstico, o privado, al que las mujeres históricamente hemos estado relegadas.

Con esta afirmación, las feministas cuestionan y rompen con una parte del paradigma dualista que durante siglos ha alimentado las visiones del mundo separando los ámbitos de la reproducción y la producción, lo doméstico y lo público, lo individual y lo colectivo, lo personal y lo político.

Un ejemplo de los resultados de este proceso de politización de la esfera doméstica es el hecho de que se crearan políticas públicas para prevenir, sancionar o regular situaciones de la vida privada que afectaban a las mujeres, como la violencia doméstica, el control de la reproducción o la salud sexual, el matrimonio, las y los hijos, el reconocimiento del trabajo doméstico, la interrupción del embarazo, así como lo relativo a la orientación sexual.

De igual manera, este proceso de politización se ha extendido al aborto como categoría y como elemento de tipo partidista para ganar la simpatía de los grupos que luchan en favor de la despenalización.

Aunque existen fuertes restricciones contra el aborto, según Lamas (1999), en los últimos años este tema ha cobrado un especial interés de tipo político/partidista. Debido a que los valores morales de las personas se han transformado y que, en palabras de Carlos Monsiváis, “la sociedad mexicana ya había despenalizado moralmente el aborto” (1999, p. 172), en la práctica, no resulta raro que los partidos políticos empiecen a capitalizar sus triunfos en este sentido.

Es por eso que también las feministas se han dado a la labor de analizar las contradicciones internas que presentan los partidos políticos, para de esta forma aprovechar las oportunidades que puedan surgir y vincularse con estos sectores como aliados, buscando siempre impulsar un discurso político de avanzada en el que se incluyan los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto.

Las feministas han buscado posicionar el aborto como un derecho indispensable para el pleno ejercicio de la ciudadanía, pues “el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real, de manera que todas las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción deben tomarse con total autonomía” (López, 2012, p. 165).

En este sentido, la interrupción del embarazo, al ser un evento que se vive en el cuerpo de las mujeres y que afecta (positiva o negativamente) directamente en sus vidas, es considerado un ámbito de la vida privada que tuvo que politizarse para hacerlo visible y para cuestionar las formas de poder inmersas tanto en las representaciones sociales acerca de esta práctica como en las acciones que a partir de dichas representaciones se ejercían para controlarla, sobre todo desde el sector Estatal; lo que ha provocado de constantes pugnas entre el movimiento feminista y

los grupos de oposición, para continuar transformando estas visiones de manera que permitan la plena autonomía de las mujeres.

Todo lo anterior permite reflexionar que el hecho de que en México no existan suficientes insumos para garantizar el acceso al aborto como un derecho tiene que ver precisamente con intereses de tipo político; pues esta ideología no se corresponde con la moral que a nivel político se pretende que rijan las políticas públicas. El aborto representa un tema moralmente inadecuado e incómodo para quienes han gobernado pues, aunque puedan ganar adeptas simpatizantes del movimiento feminista, siempre representan una minoría cuando de elecciones populares se trata.

Puede entenderse que, debido al imaginario social en el que la maternidad o la imagen de la madre es sumamente valorada, sobre todo en países altamente católicos como México, proponer el aborto como una posibilidad de no cumplir ese rol tan valorado pone en disputa estos dos puntos de vista que se convierten en antagónicos, transformándose así en lo que Juárez llama una “disputa discursiva para crear sistemas de control de los significados sociales compartidos” (2013, p. 41). La práctica del aborto representa una acción moralmente inaceptable, por lo que las luchas y tensiones se hacen todavía más marcadas.

Para generar un compromiso moral con este significado considero necesario resaltar que la prohibición del aborto acarrea problemáticas biopsicosociales, sobre todo y por supuesto, para las mujeres más pobres, convirtiendo el acceso a este servicio de salud SyR en un asunto de justicia social, pues solo algunas, las que cuentan con los recursos, pueden acceder a este.

### **2.3. Mecanismos regionales para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva**

#### ***2.3.1. Enfoques, problemas y perspectivas en la formación de prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductivos***

El acceso a la ILE se encuentra mediado por el personal prestador de servicios de salud SyR por lo que en esta investigación se indagó (utilizando técnicas de análisis documental, encuesta y entrevistas) sobre los mecanismos, enfoques, problemas y perspectivas que sigue el sistema estatal de salud para su formación.

Una de las principales complicaciones que enfrenta el sistema estatal de salud en relación a sus procesos de formación, es que no cuenta con un registro claro sobre las capacitaciones y procesos formativos que se dirigen al personal, y los que se tienen son bastante escuetos y no dan cuenta de las características específicas de estos.

Por ejemplo, la Dirección Nacional de Información en Salud, en los Cubos dinámicos (2017), registra que se realizaron 19 capacitaciones durante el 2015 y 2016 en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales I y II, correspondientes a Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, respectivamente. Cabe recalcar que las dos jurisdicciones se conforman de 306 unidades médicas en total. Estamos hablando de un total de 19 capacitaciones para 306 unidades médicas en dos años. Lo que resulta notoriamente insuficiente. Así mismo, no se registra acerca de qué tema fueron dichas capacitaciones, por lo que la presunción de que alguna de estas fuera sobre aborto está fuera de lugar.

Durante la investigación documental y de campo el personal refirió únicamente dos capacitaciones recibidas sobre atención al aborto en los últimos dos años.

La primera, de corte técnico-instrumental, impartida por la organización IPAS México. Dicha organización, con presencia internacional, se dedica a promover la

salud sexual y reproductiva en el ámbito clínico con el fin de eliminar las “muertes y discapacidades evitables atribuibles al aborto inseguro” (IPAS, 2018, s.p.). Dentro de sus acciones contemplan la capacitación a personal de atención médica de la salud sexual y reproductiva para la realización de procedimientos médicos para la interrupción del embarazo de manera segura.

Parte del personal de las jurisdicciones que conforman la región de estudio acudió a dicha capacitación, donde se les formó en el uso del instrumental para abortos por Aspiración Manual Endouterina (AMUE), el cual se considera un método bastante seguro para la interrupción de embarazos menores a doce semanas de gestación mediante el uso de un aspirador manual de plástico.

Por otro lado, el personal refirió la capacitación realizada en el marco de la implementación de la Alerta de Violencia de Género para el Estado de Chiapas, misma que fue declarada en noviembre del 2016 por la Secretaría de Gobernación federal (SEGOB) y la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM).

Este mecanismo se desprende de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y tiene el objetivo de hacer un llamado a las autoridades para implementar medidas que favorezcan una vida libre de violencia para las mujeres y al mismo tiempo propicie la eliminación de las desigualdades generadas por las legislaciones o políticas públicas vigentes al momento de la declaratoria.

El documento oficial que da sustento a la declaratoria de Alerta de Violencia de Género en Chiapas establece que,

Se deberán realizar programas de capacitación en la aplicación de la NOM-046, en materia de derechos humanos y derechos de las usuarias, con un enfoque de género, multiculturalidad e interculturalidad, dirigido a las y los prestadores de servicios de salud de urgencias y gineco-obstetricia, particularmente dirigidos al personal médico y de enfermería que está en contacto directo con las usuarias. El objetivo es que este personal desarrolle las habilidades y competencias necesarias para la aplicación de la NOM-046 y asegurar un trato respetuoso,

adaptado a las necesidades lingüísticas y socioculturales y apegadas a los derechos de las pacientes. Dichos programas deben especificar los mecanismos de seguimiento, evaluación y certificación del personal (SEGOB, CLONAVIM, 2016, p. 4)

En respuesta a dichos lineamientos, la Secretaría de Salud del estado de Chiapas en conjunto con la Fiscalía General del Estado presentaron en el año 2017 el diplomado “Formación de facilitadores/as para la implementación de la capacitación de la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres” dirigido a personal prestador de servicios de salud. En la capacitación se contó con la presencia de personal representante de las diez Jurisdicciones Sanitarias Regionales del estado de Chiapas.

Este diplomado tuvo el objetivo de formar a personal médico, de psicología, trabajo social y enfermería de las 10 Jurisdicciones Sanitarias y hospitales de la entidad, con el objetivo conocer y aplicar los criterios para prevenir y atender la violencia contra las mujeres entendiéndola como un asunto de salud pública, desde una perspectiva de género e interculturalidad.

Dado que la NOM-46 establece la prestación de servicios de ILE bajo la causal violencia sexual, el tema de aborto fue uno de los que se abordaron durante dicho diplomado. A diferencia de la capacitación referida antes, esta fue de corte más normativo y teórico que técnico. Es decir, se capacitó al personal para conocer el marco legal para el acceso al aborto legal, así como las condicionantes sociales que provocan la violencia y en consecuencia los embarazos producto de esta; así como la importancia de garantizar el acceso al aborto.

Sin embargo, en espacios fuera de grabación de las entrevistas en profundidad, parte del personal que refirió conocer el diplomado afirmaba que no era de utilidad para el trabajo real, pues al igual que muchas de las capacitaciones que reciben, únicamente acude personal administrativo o personal que pocas veces tiene contacto con las usuarias y que estos no replican la información por lo que no sirven de



mucho estas capacitaciones para la mejora de los procesos. Mencionaron que, en ocasiones, el personal a quien va dirigida la capacitación no tiene tiempo o no quiere asistir a los procesos de formación que brinda la institución; o que se sienten obligados, por lo que, para cumplir con las cuotas y requisitos, la misma institución refiere a personal de otras áreas a las que incluso no les compete en ninguna medida la atención a la salud de las mujeres.

Argumentaban que lo ideal sería que quienes recibieran dicha formación fueran parte del personal operativo de las clínicas, que son quienes tienen contacto y atención directa para con las usuarias, pero que, en ocasiones, sobre todo si se trata de médicos, estos no quieren ir, y dado el estatus que tienen en el sistema, no se les puede obligar. Incluso llegaron a mencionar que cuando el personal médico ha acudido a capacitaciones, estas se vuelven una batalla de egos porque ellos no están dispuestos a recibir información médica legal de quien no consideran su igual.

Además de las dos capacitaciones antes mencionadas, no existen registros ni testimonios de alguna más que fuera sobre el tema de aborto.

### **CAPÍTULO 3. PRESTADORES/AS DE SERVICIOS REGIONALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA FRENTE AL ABORTO**

El propósito de este capítulo es exponer las características, conocimientos y actitudes que asume el personal responsable de prestar los servicios de salud SyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales en Chiapas. El acercamiento a este personal se llevó a cabo a través de tres técnicas con fines de proceder al análisis de la información recabada mediante un ejercicio de triangulación. La primera técnica de investigación utilizada para acceder a la información, que consistió en la aplicación de una encuesta a una muestra del personal de todas las Jurisdicciones Sanitarias del estado (41 prestadores/as); la segunda técnica de investigación fue la entrevista en profundidad realizada a personal operativo de las Jurisdicciones Sanitarias I y II, correspondientes a las regiones de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, respectivamente (7 prestadores/as). Finalmente, y con el objetivo de triangular la información, se utilizó la técnica de la usuaria simulada visitando a 4 prestadoras de servicios de salud SyR.

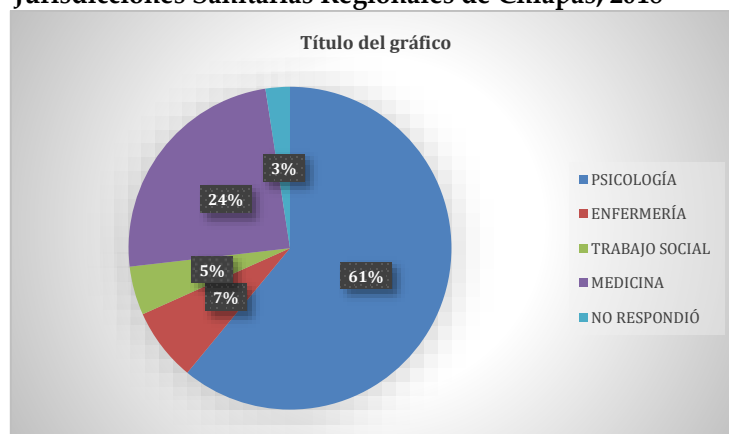
### 2.3.2. Los sujetos de estudio

Para la realización de esta investigación se contó con la colaboración del personal prestador de servicios de salud SyR de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales del sistema estatal de salud, mismos que fueron abordados a través de las diferentes técnicas de investigación aplicadas.

En un primer momento, se encuestó a una muestra del personal prestador de las diez Jurisdicciones Sanitarias Regionales del estado, entre lo que había profesionales médicos, de enfermería, psicología y trabajo social, que fueron un total de 41 encuestados/as.

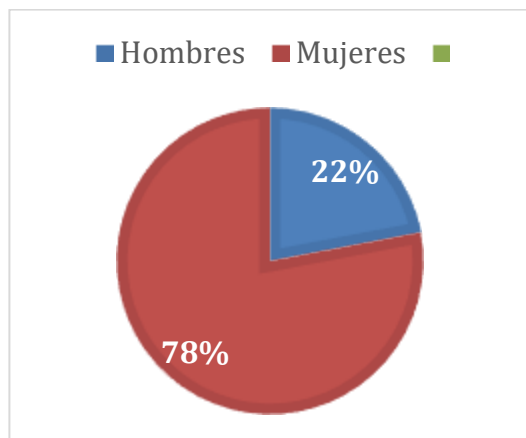
Algunas de sus características específicas son las siguientes: la principal profesión a la que pertenecen es la psicología, seguida por medicina, enfermería y trabajo social, en ese orden, como se muestra en la gráfica 1. La distribución en cuanto al género indica que el 78% son mujeres y el resto, hombres (ver gráfica 2). En cuanto a la religión que profesan la mayor parte del personal refirió ser de religión católica (ver gráfica 3). Hablar de aborto, hace que la religión se vuelva una categoría importante de analizar, por lo que en el capítulo siguiente se presenta un análisis más profundo acerca de este rubro y su impacto en los posicionamientos del personal.

**Gráfica 1. Formación profesional de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018**



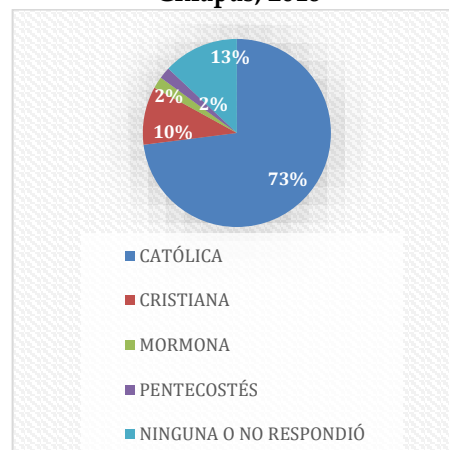
Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Gráfica 2. Género de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Gráfica 3. Grupo religioso de pertenencia de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018

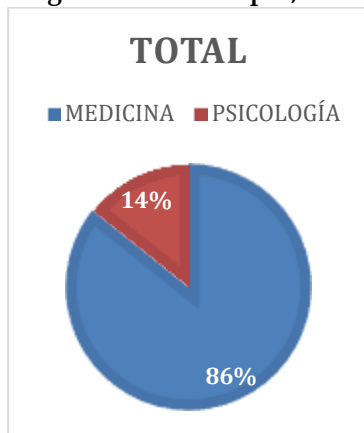


Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Por su parte, las y los colaboradores de las entrevistas en profundidad en su mayoría fueron profesionales médicos, lo que dio la posibilidad de analizar de manera más puntual sus posicionamientos en relación a esta práctica. Pues, si bien, el resto del personal operativo de primera atención también da cuenta de ello, la visión de los médicos pareciera ser la de mayor peso, al ser estos los encargados de realizar los procedimientos quirúrgicos para interrumpir un embarazo.

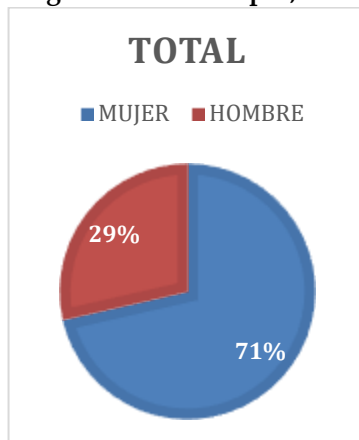
Del total de personal entrevistado, el 86% pertenecía a la carrera de medicina y 14% a la de psicología (ver gráfica 4); de las 7 personas entrevistadas, 5 fueron mujeres y 2 hombres (ver gráfica 5); la misma relación se establece en cuanto al grupo religioso de pertenencia: 73% del total de personas entrevistadas son católicas (ver gráfica 6).

**Gráfica 4. Género de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018**



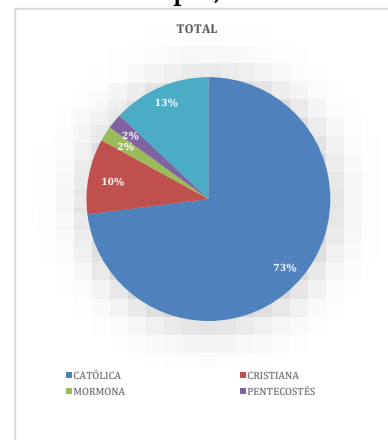
Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

**Gráfica 5. Género de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018**



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

**Gráfica 6. Religión de los/las prestadores/as de servicios de SSyR en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, 2018**



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Finalmente, en la aplicación de la técnica de usuarias simuladas, para la cual se visitó a un total de 4 prestadoras de servicios de salud SyR de las dos Jurisdicciones Sanitarias Regionales, cuyas profesionales son: dos enfermeras, una trabajadora social y una más no especificada; todas las prestadoras de servicios visitadas fueron mujeres, en este caso y por las características anónimas de la técnica, no se realizó una indagación acerca de su adscripción religiosa.

### 3.2. Sus conocimientos

A lo largo de los años, especialmente durante el siglo XX, se ha visto a la escuela como la forma educativa hegemónica en todo el mundo, si no es que la única. Al respecto, Pineau (s.f.) comenta que el avance de la modernidad occidental fue lo que propició que

la mayoría de las naciones del mundo [legislara] su educación básica y la [volviera] obligatoria, lo que dio como resultado una notable explosión matricular. La condición de no escolarizado dejó de ser un atributo bastante común entre la población, al punto de que muchas veces ni siquiera se lo consignaba, para convertirse en una estigma degradante (p. 27).

Este reconocimiento de la escuela como espacio principal de manifestación de las prácticas educativas, fue dando origen a la clasificación de los modos, modalidades, ámbitos o procesos educativos (según el autor que lo clasifique) en formales, no formales e informales.

La mencionada clasificación fue realizada tomando en cuenta los espacios en los que dichos procesos educativos tienen lugar. Es esta, la escuela entra en la categoría de la educación formal.

Al respecto de dicha clasificación, existen numerosos autores que han ofrecido diversidad de intentos por definir, delimitar, ampliar o corregir cada elemento. Sin embargo, entre ellos, las formas de presentar cada categoría varían sutilmente.

Touriñán (1996) realiza un análisis conceptual sobre los procesos educativos formales, no formales e informales, conviene dejar claro que la educación no se limita al espacio escolar, pues

se acepta conceptualmente que educación y escolaridad no se confunden ya a nivel general, porque, por una parte, la escuela termina en un momento determinado de la vida y la educación es un proceso que dura toda la vida y, por otra parte, se puede demostrar que, bajo determinadas circunstancias, la escuela es deseducadora, lo cual sería imposible si escuela y educación fueran idénticas invariablemente (en Richmond, 1980, pp. 27 y 31).

En este sentido, uno de los principales teóricos que han aportado a la conceptualización de los ámbitos de la educación, Coombs (1973), afirma que acceder a los recursos materiales y humanos propios de la enseñanza puede realizarse desde otras instituciones sociales, además de la escolar. Por tanto, la influencia de la sociedad y la comunicación, mediante en lenguaje, tienen una

capacidad educadora que no puede ser dejada a un lado, pues eso, además de excluir la amplia gama de espacios donde se manifiestan procesos educativos, equivaldría a aceptar una definición de sistema educativo alejada de las transformaciones de la sociedad cambiante.

El mismo autor ofrece una primera aproximación a las definiciones de estos tres ámbitos de la educación. Coombs (1973) identifica la educación formal como aquella que es propia de los sistemas educativos escolares, institucionalizados y organizados; entiende la educación no formal como el conjunto de actividades educativas que están organizadas y sistematizadas pero que se realizan al margen del sistema escolar con el fin de facilitar ciertos tipos de aprendizaje a determinados grupos socioculturales; y finalmente, presenta la educación informal como un “proceso no organizado y no sistematizado de adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y pautas de conducta a través de la convivencia diaria, la influencia generalizada y los medios de comunicación” (p. 9)

Respecto a esto y a partir de las aportaciones de Coombs, el Banco Mundial (1976) ofrece sus propias definiciones de estos tres ámbitos de la educación, entendiendo la formal como “el sistema de educación escolar institucionalizado, organizado, sistematizado, graduado y estructurado jerárquicamente, que comprende los niveles primario, secundario y superior” (p.16); la no formal como “un sistema complementario para los que siguen la educación formal y una nueva oportunidad para los que no tuvieron educación escolar; es el conjunto de actividades educativas organizadas y sistematizadas que se realizan al margen del sistema formal” (p.16) y que esta no debe entenderse o confundirse como una alternativa al sistema formal ni un sistema que le es paralelo; y la informal como “el proceso permanente, no organizado especialmente, de adquisiciones de conocimientos, hábitos y actitudes por medio de la experiencia adquirida en el contacto con los demás” (p. 16).

Hacer explícitas las definiciones anteriores resulta fundamental para este trabajo y su justificación dentro del campo de la investigación regional educativa, pues, como se comentó en las primeras líneas del presente escrito, se entienden como procesos educativos todos aquellos que han intervenido en la construcción de los conocimientos y actitudes que los/as prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductiva de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas asumen frente al aborto y el impacto que estos tienen en la prestación de los servicios.

Se consideraron, pues, todas aquellas instituciones sociales, además de la escolar, que pertenecen a los ámbitos de la educación no formal e informal, sobre todo de este último, que intervienen en la conformación de dichos conocimientos y actitudes, como la familia, la iglesia, los medios de comunicación, el sistema jurídico, etc., adquiridos durante su vida.

### ***3.1.1. Conocimientos sobre la normativa y espacios educativos de adquisición***

En el caso del personal encuestado y entrevistado durante el proceso de investigación puede encontrarse variedad de conocimientos acerca de la práctica del aborto y la normativa para la prestación de dicho servicio, denominado de manera oficial como ILE. Estos conocimientos no necesariamente fueron adquiridos o fortalecidos desde el ámbito de la educación formal, sino que fueron contruidos a partir de su interacción en diversos espacios, tanto no formales como informales.

En este apartado se abordan los conocimientos que posee el personal al respecto, para más adelante, en el apartado siguiente, se reflexiona acerca de las instituciones sociales que se logran identificar como orientadoras o determinantes de dichos conocimientos.

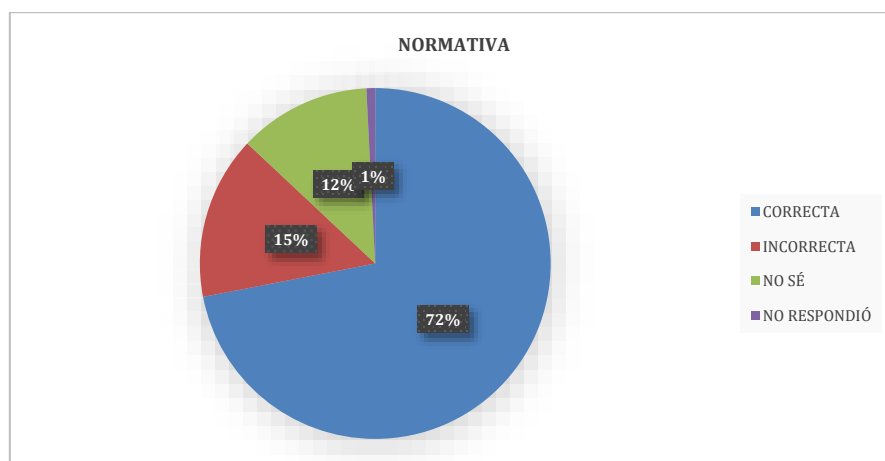
La normativa respecto a la prestación de servicios de ILE se vuelve, en este sentido, uno de los ejes fundamentales que permite monitorear el nivel de conocimientos que se posee el personal prestador de servicios de salud SyR en



relación a esta práctica y al mismo tiempo hacer inferencias sobre si ese nivel de conocimiento está directamente relacionado con la deficiencia y calidad con que se prestan los servicios.

La gráfica 7 permite visualizar el porcentaje del personal que tiene conocimiento sobre la normativa de acceso al aborto, la cual incluye conocimiento sobre las causales por las cuales el aborto es legal en el estado de Chiapas; conocimiento sobre el Código Penal, la Norma Oficial Mexicana 046 y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes; lineamientos básicos que guían la prestación de servicios de ILE en la entidad, mismos que han sido retomados en los apartados anteriores.

**Gráfica 7.** Conocimiento sobre la normativa de acceso al aborto legal



Fuente: Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Se puede apreciar que, del total de personal encuestado, la mayoría, el 72% respondió de manera correcta, mientras que únicamente el 15% respondió incorrectamente; el resto, que también podría considerarse parte de este último grupo, no respondió o expresó no saber.

Sin embargo y aunque los resultados de la encuesta muestran un nivel alto en cuanto al conocimiento acerca de la normativa, las entrevistas en profundidad permiten ver que este conocimiento es bastante limitado.

En su mayoría, el personal entrevistado desconoce que existen otras causales para acceder al aborto de manera legal en Chiapas, además de la causal por violencia sexual, que son: la causal por malformaciones congénitas o genéticas que vuelven al producto incompatible con la vida y la causal salud de la mujer, establecidas en el Artículo 181 del Código Penal para el Estado de Chiapas.

Aunque la causal por malformaciones congénitas se hace presente, su conocimiento es limitado.

Ejemplo de lo anterior es la respuesta del entrevistado E7J1<sup>3</sup>, el cual, además de ser personal operativo, posee un puesto de alta dirección y toma de decisiones importantes dentro de la unidad médica, al preguntarle acerca de las causales por las cuales una mujer puede acceder a un aborto en dicha unidad, comenta:

es una práctica que se realiza aquí en el hospital, únicamente en casos de violencia sexual o de malformaciones, que en esos casos sí se puede realizar el aborto, que en los demás casos no es posible realizar un aborto (E7J1).

Como puede leerse, la causal peligro de muerte no está presente en su respuesta.

Al entrevistado E4J2 se le realizó el mismo cuestionamiento:

**P.** ¿Además de las que has mencionado de violencia sexual y malformaciones existe alguna causa por las cuales puedan ofrecer servicio de interrupción del embarazo de manera legal?

---

<sup>3</sup> Atendiendo a los lineamientos éticos de la investigación, así como al consentimiento de las personas entrevistadas, se han omitido sus nombres, cargos específicos y cualquier información que pueda identificarlas. En su lugar, se han nominado de acuerdo al número de entrevista y la jurisdicción sanitaria a la que pertenecen, ej. E1J1, donde E1 significa entrevistado 1 y J1 alude a la jurisdicción sanitaria regional 1.

R. Pues no, no (E4J2).

En este mismo tenor, la respuesta de la entrevistada E4J2 permite ver que el conocimiento de la causal peligro de muerte también está ausente:

R. Bueno, pues aquí más que nada manejamos, solamente lo que es aborto incompleto, ese tratamiento que se da del aborto incompleto y hay dos mecanismos, según las semanas de gestación, si es menor a ocho semanas es a lo que se llama AMEU, que es aspiración endouterina y si es superior a ésta se hace lo que es el legrado que es una limpieza endovaginal, instrumental, el Uterino Instrumental y pues se hace en los casos de que la paciente ya viene sangrando con una prueba de embarazo positiva y un ultrasonido que reporte aborto incompleto, no se hace lo que es inducción al aborto, sino solamente el tratamiento al aborto.

R. En ningún caso. Hemos hecho, por ejemplo, no tanto si el de aborto por la semana sino interrupción del embarazo en situaciones que esté autorizado por lo que es jurídico, que son malformaciones que no sean compatibles con la vida. Únicamente. (E4J2)

Se puede observar, en la respuesta anterior, que la entrevistada refiere que únicamente se atienden abortos cuando las mujeres acuden con este iniciado, es decir, con un aborto incompleto, siendo la unidad médica responsable solamente de concluir el proceso, pero no refiere información acerca de si inducen un aborto que aún no está comenzado, lo que tendría que hacerse en cualquiera de las tres causales legales. Más adelante, la misma entrevistada comenta que también atienden abortos por la causal malformaciones, siempre y cuando se tenga la autorización del área jurídica del hospital, autorización que legalmente no es requerida para solicitar un aborto, pues la legislación establece que únicamente se requiere la autorización de los médicos, a saber, el aborto es legal cuando

pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyendo el dictamen de otros médicos especialistas, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora (Artículo 181 del Código Penal para el Estado de Chiapas, 2009).

Una situación similar a la anterior ocurre con la entrevistada E2J1, la cual menciona lo siguiente:

**P...** ¿sabe las circunstancias en las cuales es legal acceder a un aborto aquí en el estado o en la jurisdicción?

**R.** Pues se supone que es por violación y cuando el producto viene con alguna malformación o algún problema (E2J1).

Su respuesta permite ver que, al igual que el resto de los antes referidos, únicamente conoce dos de las tres causales por las cuales se deberían brindar servicios de ILE en las unidades médicas. Al mismo tiempo, su respuesta refleja inseguridad de saber si es correcto lo que menciona o no.

Como refuerzo de esta aseveración, como se mencionó anteriormente, durante el proceso de investigación se aplicó la técnica de usuarias simuladas, consistente en que mujeres jóvenes acudieron a las dos clínicas que forman parte del estudio para solicitar información para acceder a un aborto legal, entre los testimonios que refirieron las mujeres, se puede visualizar también el desconocimiento del personal de las diferentes causales para acceder a la ILE, y que, al igual que la mayoría del personal entrevistado, únicamente asumen la causal por violación y en ocasiones la causal por malformaciones congénitas del producto:

La enfermera me dijo que el servicio que yo buscaba solo se podía brindar en ciertas situaciones, me preguntó si sabía cuántas semanas de embarazo tenía, le dije que siete y me dijo que, si yo había sido víctima de algún tipo de violencia hacia mi persona, le dije que no, y me dijo que solo en ese motivo podían darme un aborto. Después me dijo que también si mi bebé tenía algún problema de salud muy grave que no le fuera a permitir vivir cuando naciera, yo le dije que no sabía y me respondió que para eso debían hacerme estudios. Que me recomendaba afiliarme al seguro popular para que ahí monitorearan mi embarazo. También me dijo que si no estaba en alguno de esos motivos en ese hospital no me podían ayudar, pero que había muchas asociaciones donde podía pedir información (Usuaría 2J2).

En otras ocasiones, el personal asume que las mujeres acuden a solicitar un servicio de ILE, únicamente porque han sido víctimas de violencia sexual, como el caso de la Usuaría 1J1, quien al ingresar a la clínica solicitando la información es referida de inmediato al área de atención de la violencia contra las mujeres:

Me dijeron que me podían canalizar al área de atención a la violencia a la mujer, porque si estaba embarazada y había sufrido violencia me podían ayudar si hacia una denuncia (Usuaría 1J1).

La misma usuaria refirió incluso haberse sentido incómoda con la forma en la que le fue brindada la atención:

Fue amable, pero sentí que me veía muy feo, como si me tuviera lástima. Eso me incomodaba un poco. Y más porque tenía que fingir que esa era mi situación (Usuaría 1J1).

El hecho de que el personal conozca de manera casi automática que deben prestar servicios de ILE a una mujer que vive el embarazo producto de la violencia sexual, resulta algo positivo, sin embargo, el desconocimiento de las dos causales adicionales puede generar una mayor negativa en la prestación de los servicios, que no tiene que ver tanto con la carga moral, sino con el desconocimiento de la normativa.

Así mismo, la respuesta otorgada a la usuaria simulada deja ver que el personal que la atendió tenía desconocimiento respecto a la NOM. 046, la cual establece que, en casos de aborto por violencia sexual, la denuncia no es requerida y basta únicamente la palabra de la mujer, mediante la firma de una solicitud por escrito donde asuma decir la verdad:

En caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por ley, conforme a lo previsto en las disposiciones jurídicas de protección a los derechos de las víctimas, previa solicitud por escrito bajo protesta de decir verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación; en caso de ser menor de 12 años de

edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación, basada en el principio de buena fe a que hace referencia el artículo 5, de la Ley General de Víctimas (Norma Oficial Mexicana 046, 2016, p. 18)

Cabe hacer mención que, como se ha observado, aun conociendo dos de las tres causales existentes en el estado, el personal desconoce de qué instrumento legal se desprenden dichos lineamientos. Es decir, es información que conocen de manera informal o porque se han enfrentado a situaciones reales que las involucran, pero no poseen un conocimiento adquirido a través de procesos no formales o formales acerca de esto.

Únicamente en uno de los casos, la entrevistada dio muestra de un vasto conocimiento acerca de la normativa:

**R.** Para cuestión de manera legal es bajo estudios donde se demuestre, se compruebe que con dar la continuación de un embarazo pone en el peligro la vida de la madre o incluso por cuestiones de que el producto tenga malformaciones que no vayan a ser compatibles con la vida, pudieran hacer, pudiera sobrevivir algún tiempo o incluso prácticamente durante el transcurso del embarazo fallezca, entonces para esto se le informa a la usuaria si se tiene que interrumpir y ella tendría que aceptar, tal cuál como en los otros casos ella es la que tiene que hacer la solicitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, para las cuestiones médico legales son las únicas casos donde se acepta.

Tenemos una Norma Oficial Mexicana de salud que es la 046, que en 2016 en marzo está en modificación, 2017 se estaba trabajando, no está todavía ya impresa o en forma electrónica, de hecho si se revisa a nivel electrónico en internet no está completa y aparece la observación que está en modificación; lo que es los términos, el manejo de los términos, lo que es la interrupción voluntaria del embarazo y el proceso de atención y del personal a las usuarias, todo esto entra en estas modificaciones.

A nivel mundial la interrupción voluntaria del embarazo se puede dar hasta la semana 20, para nuestra norma oficial, para lo que nos rige en salud se permite hasta la semana 12 precisamente para minimizar daños o posibles afectaciones si el embarazo fuera de más semanas.

P. Además de la Norma 046, que me comentaba hace un momento, ¿conoce si existen algunos otros elementos legales que sirvan como insumos para argumentar la práctica de la interrupción legal del embarazo o en el estado?

R. Sí, lo primero es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esa es la que nos rige, para el expediente clínico, el expediente médico, solamente es la Norma 046, la Norma del expediente clínico, pero cuando hace precisamente el abordaje que tiene que participar el jurídico del hospital que es quien apoya estas situaciones legales para que todo esté en regla, sí se puede fundamentar también médicamente aunque no es algo que se haga como una práctica común en los tratados, en varias leyes que se han hecho en las reuniones a nivel internacional, como las convenciones, la Belem Do Pará para los derechos reproductivos de mujeres, entonces todas esas respaldan pero no se tratan básicamente en el expediente clínico, cuando se está dando la atención, no, no es parte del sustento que se tenga que poner (E1J1).

Se puede notar que, además de varios de los lineamientos que existen a nivel local y nacional, la entrevistada conoce algunos lineamientos de política pública internacional que dan sustento a la prestación de servicios de ILE.

En otra parte de la entrevista, la misma persona comentaba que en su mayoría, los conocimientos que posee acerca de la ILE habían sido adquiridos de forma autodidacta.

Mencionar el caso de la E1J1 permite hacer inferencias acerca de que existe posibilidad de que el personal no asuma un compromiso individual con la autogestión de su conocimiento respecto al aborto porque es una práctica con la que no están de acuerdo. Sin embargo, proponer que solo el personal que esté de acuerdo realice esta práctica derivaría en una posible violación a los derechos humanos de las mujeres, pues al ser servidores públicos asumen una obligación en la garantía de estos derechos. Más bien, la posibilidad de lograr alguna transformación sería fortaleciendo los procesos formativos que la propia institución brinda al personal, pues desde el ámbito de la educación formal ya no sería posible, debido a que muchos de ellos ven ya concluida su formación al egresar de sus estudios de educación superior o de posgrado.

Si bien, pudiera pensarse que la educación formal es una posibilidad de transformar o favorecer los conocimientos del personal respecto a la práctica del aborto, en este caso no lo es tanto, pues en su mayoría, el personal entrevistado refirió no haber abordado contenidos explícitos en relación al aborto durante su formación académica profesional.

Únicamente en el caso de quienes se formaron en medicina humana, que abordaron desde la bioética el asunto de la protección a la vida y sus conocimientos sobre el aborto, aun siendo limitados, mayoritariamente fueron adquiridos en el ámbito no formal.

Un ejemplo de lo anterior es lo mencionado por la entrevistada E2J1,

P. ¿En su formación profesional en alguna ocasión usted tuvo contacto con un tema que tuviera que ver con el aborto, cómo abordar ese tema o, si en los contenidos usted recuerda si venía algo que tocaran sobre el tema?

R. Pues en alguna ocasión sí, ¿no?

P. Sí viene en la currícula, digamos.

R. Pues en alguna situación, en algunas veces sí, pero muy, muy escueto, eso ya se toca a nivel cuando empezamos a trabajar en centros de salud y entonces sí tenemos contacto con los jóvenes, entonces ahí es donde he tenido más apertura de información y orientación hacia ellos.

P. Ok. ¿Y ya en su práctica profesional ha tenido más contacto con esos temas, pero de manera formal, que les den capacitaciones, formación, la institución que les proporcione formación en relación al tema de aborto?

R. No, tal como un aborto no, nosotros cuando damos plática a jóvenes o a titulares de prospera nosotros tenemos que documentarnos para dar esas pláticas; aquí hasta hace el año pasado que nos dieron una capacitación del municipio, es la única que se tiene así específicamente lo que es el aborto (E2).

Lo mismo ocurre con la entrevistada E4J2, la cual menciona que sí abordan algunos contenidos, pero que en su mayoría estos tienen que ver con la parte técnica-instrumental:



P. Tuviste algún acercamiento con contenidos que tuvieran que ver con la prestación de servicios de aborto, con la realización de un aborto, independientemente de la parte clínica, instrumental, ¿abordaron algo que tuviera que ver con el aborto?

R. Mmm... no.

P. ¿O jamás se toca?

R. Pues no, o sea, ¿que sea independiente de la parte médica y eso? Mmm no.

P. Por ejemplo, en cuestión de derechos, reglamentos, leyes, ¿o únicamente se aborda cómo se hace?

R. Ah, o sea, con, en mi información, sí, sí, en la formación dentro de la parte académica sí te da la que es, por ejemplo, donde yo estudié pues te da lo que es el código penal, los artículos, dónde está realizado y todo eso, sí...

P. Sí lo abordan entonces.

R. Sí, sí se aborda.

P. Y ya en su desarrollo profesional, ya como prestadora de servicios digamos, aquí en una institución pública ¿has tenido acercamiento con capacitaciones, formación y demás que te proporcione la institución en relación a la práctica del aborto?

R. ¿Que no sea el ámbito clínico?

P. Sí, más en el ámbito clínico...

R. Sí, sí. Más que nada en el misoprostol, cosas así que tienen que ver con el aborto, sí.

P. Y de manera individual has tenido un proceso de autogestión, es decir que tú busques por tu cuenta, que te enfrentes a una situación así pero que quizá no te han capacitado en esa área, pero que tú, te interese el tema...

R. Ah bueno, sí, cuando hay un caso así que nosotros decimos, es que no podemos razonarlo, pedimos ayuda, puede ser apoyo con trabajo social, con jurídico, con violencia.

P. Para indagar más ¿no? en el tema.

R. Sí, sobre todo para apoyar a las pacientes porque, al final y al cabo eso es lo que, es nuestra chamba ¿no? (E4J2).

La entrevistada E5J2 hace alusión a una situación similar a las dos anteriores, mencionando que los conocimientos que posee han sido adquiridos más en el ámbito no formal, pues en su formación profesional únicamente abordaron contenidos referentes a la bioética:

P. En algún proceso de su formación profesional, durante la carrera, especialidad o lo que hayan estudiado, ¿hay alguna parte donde ustedes aborden este tema del aborto?

R. Sí, de hecho... este... hay una materia que se llama bioética que se encarga de eso, es la disciplina que se encarga de estudiar lo que es la ética de todos los procedimientos éticos, qué es, qué no se puede hacer, qué debe ser...

P. ¿Y ahí viene todos los instrumentos legales y demás?

R. Tanto legal, no; solamente lo que es bioética, a parte está lo que es psicología, está lo que es... nada más de ética y de psicología.

P. Ok. Aquí ya durante de su desarrollo profesional digamos, ¿tienen algún acercamiento con este contenido? O sea, que tengan un curso, talleres.

R. Pues sí, hay sesión general dos o tres veces a la semana y en alguna ocasión ha habido temas referentes a eso...

P. Al aborto, específicamente sobre eso.

R. Sí.

P. ¿Y las capacitaciones que llevan son más referente a la, digamos normativa o al instrumental, a cómo realizar el proceso?

R. No, más a la normativa porque instrumental solamente lo llevan como en sí los residentes, todo el personal de salud lleva nada más lo que es el aborto, qué es, cómo se divide; o sea, ya formación que hace los legados nada más dentro de la residencia ya de ginecología (E5).

Al respecto, González de León apunta que

la formación profesional que habitualmente recibe el médico y la consideración legal de la práctica del aborto como delito, son dos elementos que influyen de manera muy importante en su actitud frente al problema. Desde su formación universitaria los médicos adquieren o refuerzan conceptos deformados y prejuiciados en relación con el aborto inducido (1995, pp. 5-6).

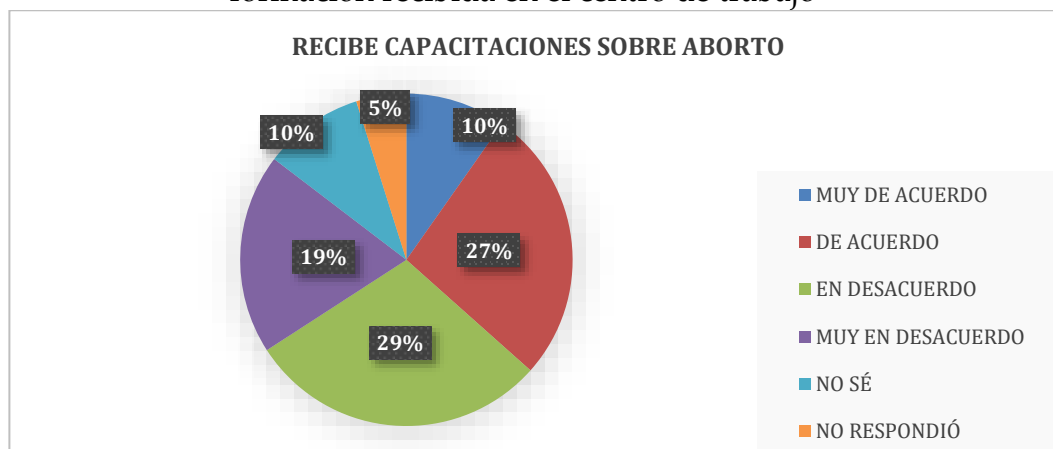
En ocasiones, el personal, sobre todo médico, logra tener acceso a la formación en el ámbito formal para educarse en lo que respecta a las técnicas quirúrgicas del aborto, pero no tienen acceso a una formación referente al marco normativo o de corte sociológico, que les permitan dimensionar las implicaciones sociales y culturales del aborto, lo que les daría la posibilidad de ubicarlo como un problema de justicia social y de salud pública. Al respecto, apunta González de León que

la formación universitaria pone al futuro médico en contacto con la realidad cotidiana del aborto inducido y le proporciona las herramientas para su manejo clínico y quirúrgico. Sin embargo, en general, esta formación no le ofrece tanto a nivel de las licenciaturas en medicina como de las residencias de especialización en gineco-obstetricia los elementos para ubicar al aborto en su dimensión de problema sanitario, y para comprender sus repercusiones sociales y psicológicas (1995, p. 6).

Los resultados expresados en la encuesta, da cuenta de cómo el personal asume que, de alguna manera, el nivel de formación recibida por la institución es insuficiente.

En la gráfica 8 puede observarse que, en conjunto, el 29% y el 19% del personal encuestado manifestó que se encuentran en desacuerdo y muy en desacuerdo respecto a la pregunta realizada sobre las capacitaciones recibidas para atender mujeres que acuden con motivo de la ILE.

**Gráfica 8.** Opinión de prestadores de servicios de salud SyR respecto a la formación recibida en el centro de trabajo



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Los conocimientos que posee el personal respecto a la normativa para la prestación de servicios de ILE permiten contemplar en el análisis que no solo consideren las deficiencias en la prestación de servicios como un asunto meramente de deficiencia o falta de formación, sino como un asunto en el que convergen también relaciones de poder, sobre todo al conocer las respuestas de las usuarias simuladas, que dan cuenta de la misma situación.

Al respecto, el concepto de biopolítica de Foucault (en Giraldo, 1991) permite visualizar cómo opera la desigualdad de poder a nivel macro y poder relacionarlo con lo que ocurre en la región de estudio en la prestación de servicios de ILE:

En el siglo XIX «el poder se hizo cargo de la vida», la antigua soberanía sobre el individuo se transformó en una soberanía sobre la especie humana, sobre «la población», concepto nuevo que será fundamental para la biopolítica (Foucault, 1991:22). El soberano tenía el derecho de «hacer morir o de dejar vivir»; ahora el nuevo derecho consiste en «hacer vivir o dejar morir», por medio de una nueva tecnología de poder que se aplica sobre el hombre viviente como masa; aparecen entonces la demografía, el control de nacimientos, la preocupación por el índice de mortalidad, la higiene pública, la seguridad social, todo lo que abarca a los seres humanos como especie es objeto de un nuevo saber, de una regulación, de un control científico destinado a hacer vivir. La medicina tiene un papel

fundamental en el proceso, es un poder-saber que actúa a un tiempo sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y los procesos biológicos. En consecuencia la medicina tendrá efectos disciplinarios y efectos de regulación (Foucault, 1999, p. 332-333, en Giraldo, 2006).

Esta definición permite reflexionar sobre la importancia de analizar cómo, a través de los procesos formativos en los que participa el personal de servicios de salud, al estar permeados por una ideología orientada a la preservación de la vida, se incorporan y hacen suyos dichos posicionamientos.

Castro (2010) afirma que existe un *habitus* profesional del médico a partir del cual se concibe a las usuarias de servicios de salud (pública, sobre todo), como pacientes, más que como ciudadanas. Esta situación hace que las mujeres sean vistas únicamente como receptoras pasivas de las indicaciones y opiniones del personal de salud, lo que las ubica en una posición jerárquica inferior con respecto a estos; mientras que estos últimos son considerados los poseedores de la verdad y la capacidad de decidir lo que ocurrirá en el cuerpo y en consecuencia en la vida de otros, dado el nivel de credibilidad que les otorga haber atravesado la formación profesional formal y el estatus social que históricamente han tenido los profesionales de la salud.

Cambiar esta perspectiva por una que permita enfrentar la problemática del acceso a los servicios de ILE implicaría incorporar el componente de ciudadanía, lo que conlleva considerar tanto a las usuarias como al personal prestador de los servicios en su calidad de ciudadanos. Es decir, como personas con la “la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente” (Castro, 2010, p. 55).

En este sentido, para quienes prestan servicios de salud, sean estos de medicina, de trabajo social, de psicología o cualquier otro, ejercer estos derechos implicaría contar con las condiciones dignas y adecuadas que les permitan un desarrollo efectivo de su labor, esto incluye salarios justos, infraestructura adecuada,

instrumental de calidad y de acuerdo a los avances tecnológicos, y por supuesto, capacitación y formación constante y acorde a sus necesidades.

Así mismo, asumir un posicionamiento basado en los derechos, implicaría cambiar la perspectiva que se tiene del personal prestador de servicios de salud en la que se les ubica como los responsables y maltratadores o como ignorantes de los conocimientos para desarrollar adecuadamente su práctica, por una donde se reconozcan las posibilidades materiales de acción que les presenta el sistema y la estructura y, en ese sentido, poder mirarlos como agentes sociales con la capacidad de intervenir de manera activa y efectiva en garantizar el acceso a los derechos humanos de las mujeres si se les brindan los medios para hacerlo. Pues, retomando la idea del orden jerárquico que ubica al personal de salud por encima de las usuarias, encontramos que, a su vez, estos se encuentran por debajo de toda una estructura que les limita y determina.

En el caso de las usuarias, ser consideradas ciudadanas por parte del personal prestador de los servicios implica respetar y promover su capacidad para el ejercicio, apropiación y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos; esto conlleva poseer las herramientas para conocer, exigir y reclamar un derecho que les esté siendo negado o vulnerado, sobre todo, si esta negación afecta de manera urgente su estado de salud y su vida.

Sin embargo, la relación jerárquica que se observa entre el personal prestador de los servicios y las usuarias, además de las condiciones socioculturales de pobreza o falta de acceso a la información, obliga a estas últimas a conformarse con lo que reciben del personal, incluso llegando a considerar que lo que les indiquen es lo mejor para ellas, dado el estatus social y el peso del discurso que posee la contraparte. Lo que resulta grave al tratarse de situaciones de salud SyR, en la que la carga moral, el estigma o el prejuicio del personal pueden orientar las decisiones tomadas.

En suma, es a través de la vía formativa mediante la cual se puede posibilitar la creación de las condiciones culturales, materiales e incluso ideológicas que permitan transformar la mirada de las usuarias de simples objetos de atención médica a ciudadanas.

Sin embargo, vale la pena considerar, como se ha venido mencionando, que los procesos de formación no son únicamente formales, es decir, que no solo provienen de la institución escolar, sino que se construyen de manera integral a partir de las diferentes instituciones sociales en las que los seres humanos se inmiscuyen, como en el caso del personal colaborador de esta investigación, que muestra como origen de sus conocimientos al menos tres instituciones sociales: la religiosa, la educativa formal y la jurídica, mismas que se abordarán a continuación.

### ***3.1.2. El impacto de las instituciones sociales religiosa, educativa formal y jurídica en la adquisición de conocimientos***

Durante las entrevistas en profundidad y de acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada al personal prestador de servicios de salud SyR de las Jurisdicciones Sanitarias Regionales, salen a flote algunas instituciones sociales que han repercutido en los posicionamientos que asumen y en los conocimientos que poseen respecto a la práctica del aborto.

La institución escolar y la religiosa son las más notorias y las que más manifiesta el personal, en tercer lugar, aparece el aparato legal o jurídico; sin embargo, pareciera que es este último el que mayor peso tiene en sus decisiones, como veremos a continuación.

En lo que respecta al impacto de la institución religiosa, los posicionamientos que muestra el personal no son necesariamente los que pudieran pensarse tradicionalmente.

Por ejemplo, diversos estudios apuntan a que la población católica es la más abierta en lo que respecta a los posicionamientos respecto a la práctica del aborto en relación a otras religiones como la cristiana, evangélica o testigos de Jehová.

La Encuesta Nacional de Opinión Católica, realizada en el año 2014 por la organización Católicas por el Derecho a Decidir a una muestra de la población de 18 años o más residente en las viviendas del país que se auto adscribe como católica, reveló que, del total de personas entrevistadas:

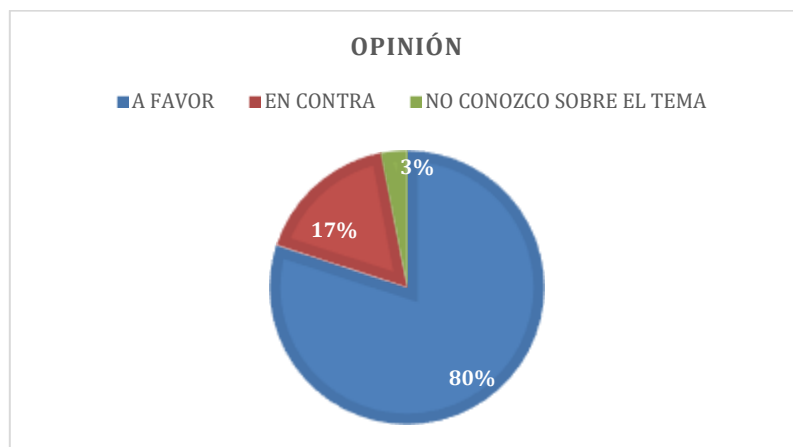
- 80% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto cuando su vida corre peligro;
- 71% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto cuando el embarazo es resultado de la violencia sexual;
- 67% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto cuando el embarazo compromete la salud de la mujer;
- 66% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto cuando la mujer vive con VIH o SIDA;
- 57% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto cuando el producto presenta defectos congénitos físicos o mentales graves; y de manera general;
- 71% está de acuerdo con que una mujer pueda hacerse un aborto apoyaría que la iglesia católica permita la práctica del aborto en las circunstancias antes mencionadas.

Sin embargo, en el caso del estudio realizado con el personal prestador de servicios de salud, los posicionamientos en contra de esta práctica son manifestados en su mayoría por personal que se auto adscribe a la religión católica, contrario a lo que muestra la encuesta realizada por Católicas por el Derecho a Decidir.

La encuesta realizada al personal de las 10 Jurisdicciones Sanitarias Regionales muestra que el 17% del total de encuestados está en contra del aborto (ver gráfica 9).



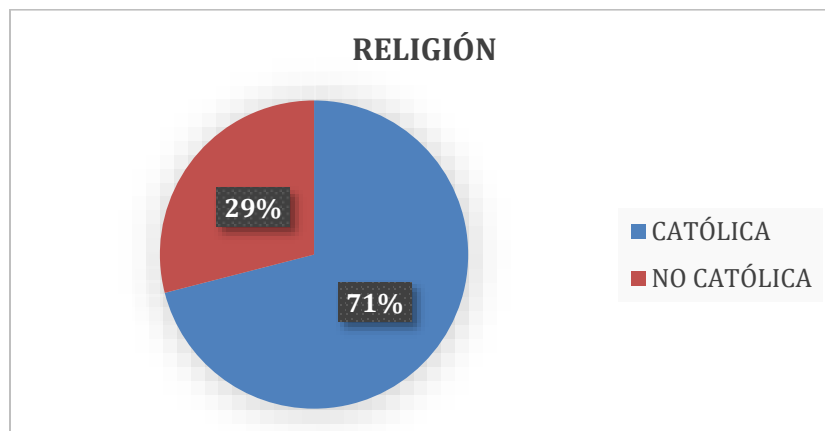
**Gráfica 9.** Postura respecto a la práctica del aborto como un derecho para todas las mujeres



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Siete de cada diez prestadores de servicios de salud SyR se reconoce católico (ver gráfica 10). La muestra de prestadores que participaron en la encuesta tiende a relacionar la religión católica con un posicionamiento en contra del aborto. Sin embargo, en los casos específicos del personal de las jurisdicciones I y II de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, respectivamente; la religión no se lee como una determinante de posicionamientos en contra de la ILE.

**Gráfica 10.** Religión que practica la población que manifiesta estar en contra del aborto como un derecho para todas las mujeres.



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Sin embargo, en las entrevistas en profundidad el personal expresa otros matices que no necesariamente harían ubicar a las personas católicas en un posicionamiento en contra o en uno a favor.

Lo manifestado por la entrevistada E1J1, la cual se considera católica, da cuenta de lo anterior al preguntarle si su religión le generaba algún conflicto con sus posicionamientos personales respecto al aborto:

siempre hay personas que sí tienen la cuestión espiritual, no es un tema que traten o que quieran que se platique, no están de acuerdo, sin embargo, pues siempre respetan porque como se les expone que ellos no están tomando decisiones, obviamente ¿verdad? pero que también hay personas que lo puenste estar necesitando y que respete si lo están necesitando, si lo están solicitando (E1J1).

Lo mismo ocurre con la entrevistada E2J1, también autodenominada católica, la cual expresa que

es muy controversial ¿no? porque la Iglesia es muy cerrada, yo siento que es muy cerrada y debe de tener un poquito más de apertura, pero como soy católica a mi manera, ahora sí que no ha interferido mucho, o en un momento dado si me gana la emoción, ahí separar lo que yo piense a lo que piense el paciente o la otra persona y se le tiene que apoyar, la religión queda a un lado.

Las respuestas anteriores permiten observar que existe, entre el personal, la capacidad de separar la ideología recibida por la institución religiosa respecto a la práctica del aborto, que es de rechazo total, al menos en la línea tradicional de la religión católica. Actualmente existen tendencias religiosas católicas más progresistas como la de la agrupación internacional Católicas por el Derecho a Decidir, que ha construido y aportado a los debates diversos argumentos para defender la práctica del aborto como una posibilidad para las mujeres de dar continuidad a sus proyectos de vida actuando desde la libertad de conciencia que la

propia religión marca como una cualidad dada por la divinidad a todos los seres humanos.

Esto se muestra también en lo expresado por la entrevistada E4J2, la cual, aun teniendo un discurso influenciado por la institución religiosa, mantiene claridad al saber que dichos discursos no deben interferir en su obligación de garantizar un derecho reconocido legalmente a las mujeres que así lo soliciten, como lo es la ILE:

Pues bueno, en relación a la objeción de conciencia, como lo dicen ¿no? o sea, yo soy médico y nuestra función es salvaguardar la vida. Pero aquí son dos vidas, porque es la vida de la mamá y es la vida del producto, entonces si yo, digo, por mi condición, no lo puedo hacer porque a mí, no sé, mi religión o lo que sea no me lo permite, pero sí tengo la obligación de decirle, sabe que yo no puedo, pero hay otra opción, puede consultar (E4J2).

Otro de los entrevistados manifestó un posicionamiento claro acerca del impacto de la religión en la práctica del aborto:

Entre todos los médicos que estamos aquí en el hospital, no, y lo hemos platicado entre nosotros, ninguno está de acuerdo. Obviamente las creencias, independientemente de si tienes o no tienes religión o si eres cristiano, ateo, judío; lo que sea, o sea, pues, para nosotros es quitar una vida (E6J2).

Sin embargo, al igual que el resto de los médicos, más adelante expresa que aun teniendo un posicionamiento contrario a la práctica del aborto, es su obligación, como prestador de servicios y como médico, brindar la atención a las mujeres que acudan en el marco de lo legal.

Este asunto de la protección de la vida, influenciado por la institución religiosa, se relaciona directamente con el discurso sobre la protección de la vida construida desde la institución educativa formal, que es otras de las instituciones sociales que tiene impacto en los conocimientos y posicionamientos del personal entrevistado.

En su mayoría, las personas entrevistadas tienen una formación profesional en medicina humana, desde la cual, los discursos sobre la protección de la vida son

sumamente explícitos a lo largo de la carrera profesional, como ya se ha expresado en el apartado sobre los procesos formales.

Basta con revisar el juramento hipocrático, el cual representa un código ético para quien se forma en disciplinas relacionadas con la salud humana, así como los compromisos que el graduado asume con su profesión, sus colegas y con la comunidad en general y que, para su conocimiento y para el análisis de esta categoría, expresa lo siguiente:

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro (Zamudio, T., 2012).

“No daré a ninguna mujer supositorios destructores” (Zamudio, T., 2012) expresa claramente el posicionamiento tradicional de la medicina en relación a la práctica del aborto.

Un ejemplo más claro y explícito del juramento hipocrático permite visualizar esta cuestión:

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura... (Dorantes, 2015).

En la actualidad se han realizado intentos por modificar los estatutos que plantea este juramento que data de los años 450-350 a. c., como el propuesto por la Asociación Médica Mundial en el año 2017, el cual plantea la importancia de la defensa de los derechos humanos, al expresar lo siguiente:

Como miembro de la profesión médica: Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad; Velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente; Respetar la autonomía y la dignidad de mi paciente; Tener el máximo respeto por la vida humana; No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente; Respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente; Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica; Promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; Dar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen; Compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud; Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel; No usar mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza; Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

Sin embargo, en el campo de la medicina en el cual fueron formados los prestadores de servicios de salud entrevistados, prima aún la visión de la defensa de la vida que considera al producto de la fecundación o concepción como una persona humana en potencia.

De esta forma lo expresa el entrevistado E6J2:

Desde el momento de la concepción, de la fecundación, ya hay vida... Eh... No es como tal una vida humana, ya es un tejido que tiene el potencial de formar un cuerpo, entonces desde el momento de la concepción ya estamos hablando de que ya llegó el espermatozoide al óvulo, éste se fecundó, puede o no puede implantarse en el endometrio, eso ya no depende de... depende obviamente de cada paciente; el óvulo ya implantado ya se considera como un embarazo, bueno, en ese caso sería, implantado se considera como un embarazo. Eso no es como tal un cuerpo humano, es tejido que tiene el potencial de crear un ser vivo; entonces, el hacer o inducir un aborto ya sea de las seis semanas cuando se puede detectar fácilmente por el ultrasonido o a las dos semanas cuando se detecta por alguna prueba de embarazo, sigue siendo un aborto, al momento de que ya es un embarazo implantado, no deja de ser un aborto por el impacto gestacionador que tiene. En mi opinión personal (E6J2).

Además, otra de las entrevistadas también expresa su compromiso con la protección de la vida aprendida durante su formación profesional:

Pues dependiendo la condición, para mí, lo más importante sería preservar la vida, sin embargo, hay que ver la condicionante; entonces, yo en lo personal no lo haría, pero viendo la situación de una paciente pues habría que analizar, entonces, presentándose el caso ya vería la condición creo yo... yo soy médico y nuestra función es salvaguardar la vida (E4J2).

Uno más de los entrevistados es más tajante con esta situación y expresa de manera mucho más clara la influencia del discurso médico sobre la protección a la vida en su posicionamiento personal:

También comentaba que la legalización del aborto o la legislación que existe respecto a esta práctica los médicos la ven como una licencia para matar, en esas palabras, de manera literal, porque la ley prácticamente les obliga a practicar abortos o a quitar la vida, cuando la formación de un médico es, pues salvaguardar la vida (E7J1).

El juramento hipocrático claramente asume un posicionamiento en el que el principio ético fundamental es la "beneficencia", tal como apuntan López y Carril (2009). Desde la bioética actual, se apela a un principio ético donde la relación entre el personal de salud y las usuarias esté atravesada por el principio ético de "no

provocar daño alguno”, esto implicaría trasladar la decisión acerca de la que es mejor para la usuaria, del personal de salud a la propia usuaria.

Hasta ahora, se han observado posicionamientos contrarios frente a la práctica del aborto que emanan de la institución religiosa y educativa, sin embargo, el personal asume una posición más permisiva cuando se sienten amparados por el sistema legal.

Y es precisamente esta, la jurídica, otra de las instituciones sociales que impacta en los conocimientos y posicionamientos del personal al decidir prestar o no un servicio de aborto.

En los testimonios rescatados de las entrevistas en profundidad, en su mayoría, se afirma que, aun considerándose protectores de la vida del producto, si la institución se los pide en el marco de lo legal, es su obligación prestar el servicio de aborto.

Ejemplo de lo anterior es lo que expresa el entrevistado E6J2 al respecto, que aun primando su creencia personal respecto a lo que piensa del aborto, si existe una obligación legal, está dispuesto a respetarla:

Si la institución me dice hay que hacerlo de forma legal y ya está firmado por el jurídico, aceptado por la paciente y yo no me voy a meter en un problema legal a parte, de todas formas, nos vamos a ir al infierno, un piso más abajo ya qué (E6J2).

Esto permite reflexionar sobre la importancia que tiene el conocimiento de la normativa legal respecto a la práctica del aborto legal en las instituciones públicas de salud. Pues se podría suponer, basándonos en los testimonios del personal que, de conocerlos, estarían más dispuestos a garantizarlos o al menos, se verían obligados a hacerlo.

Sin embargo, como se ha abordado en el apartado acerca de su conocimiento sobre la normativa para la prestación de servicios de ILE, este conocimiento es limitado y, en algunos casos, nulo.

Otro ejemplo acerca de la importancia del impacto de los discursos legales en la prestación del servicio de aborto es lo expresado por el entrevistado E6J2:

[Podemos practicar abortos] de menos de 20 semanas y que obviamente sufra de algún tipo de violencia en su casa, si es que está casada o haya sido producto de violación, es más que nada cuando legalmente se indica lo que ya entra que es el aborto legal (E6J2).

En el fragmento anterior es notorio que el prestador asume como obvia su obligación de garantizar el acceso al aborto en casos de violación, pues está contemplado en la ley, sin embargo, desconoce el resto de las causales, además de que pesan sobre él los marcados estereotipos de que las mujeres sufren violencia únicamente en el ámbito doméstico, cuando se está unida en matrimonio.

Situación similar expresa la entrevistada E1J1, al referirse a los mecanismos que deben respetarse para brindar el servicio de ILE a una mujer víctima de violencia sexual:

Para las cuestiones de Interrupción Voluntaria del Embarazo que ellas están externando que vivieron una violación, sí se hace esta notificación, es una hoja que se hace un reporte y que sí se da aviso al ministerio público, pero esto no implica que forzosamente vayan a ejercer una situación legal sobre ella porque esto ya es legal, la interrupción voluntaria del embarazo (E1J1).

Todo lo anterior permite hacer notar que los posicionamientos de gran parte del personal entrevistado están atravesados por el discurso legal, esto abre una ventana de posibilidades para su formación. Es decir, si los procesos formativos hacen mayor énfasis en los lineamientos y normativa legal que ya existe en relación a la prestación de servicios de aborto, quizá esto menguaría el peso que tienen los otros discursos provenientes de la institución religiosa y educativa.



Lo que puede reflexionarse a partir de esta situación es el hecho de que pareciera ser que la institución jurídica tiene mayor peso a la hora de establecer conclusiones que dirigen el actuar de los prestadores de servicios de salud SyR en relación con los discursos emanados de las instituciones religiosa y educativa formal.

Esto encuentra justificación en el hecho de que las sanciones que cada institución plantearía a quien no respete la ideología impuesta son de cortes muy distintos.

Por ejemplo, en el caso de la institución religiosa, el no seguir los lineamientos que plantea en relación a la práctica del aborto, pudiera desembocar en una sanción, pero ésta definitivamente es una sanción simbólica, como la comisión de un pecado; mientras que las sanciones de parte de la institución legal hacia quien o quienes no respeten sus lineamientos no son simbólicas sino materiales, como podrían ser la pérdida de la licencia profesional, el levantamiento de actas administrativas, hasta ir a prisión o enfrentar severas multas, entre otras.

Esto permite concluir que es necesario un reforzamiento, a través de procesos educativos no formales y formales al personal acerca de la normativa para la prestación de los servicios de ILE que, aunque en comparación con la de otros países es limitada, de alguna manera plantea ciertas circunstancias que deberían respetarse y garantizarse sin ningún cuestionamiento o prejuicio basado en dogmas o creencias individuales.

### **3.2. Actitudes**

Los resultados expuestos en el apartado anterior dan cuenta de las disyuntivas que enfrenta el personal en relación con sus posicionamientos personales y lo que institucionalmente se espera de ellos, esto les colocan en un debate entre la acción técnica y la acción moral, tal como lo denomina Blima (2010) en su estudio “Acción

técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate”, en el cual plantea que el origen de las resistencias de los profesionales de la salud para garantizar los derechos humanos de las mujeres es de corte moral y están contruidos sobre creencias y convicciones culturales, emanadas de las diferentes instituciones sociales a las que pertenecen y que ya se han mencionado.

Esta autora incorpora la importancia de considerar la perspectiva de género como una categoría fundamental al analizar la práctica profesional. Al tratarse de un servicio que se brinda únicamente a las mujeres y estar directamente relacionado con uno de los mandatos sociales que más pesan sobre lo femenino, que es el de la maternidad; puede interpretarse que los conocimientos y las acciones del personal hacia las mujeres están influenciados por la creencia de que ellas no poseen la capacidad de considerarse sujetos libres y emancipados y de tomar decisiones sobre lo que ocurre en sus cuerpos.

Blima (2010), en su estudio, asume que

Observamos que el quehacer de los profesionales de la salud, aún de diferentes áreas de actuación, lejos de poner en práctica los derechos de las mujeres refuerza las desigualdades tradicionales en lo social y en lo cultural, y reproduce así los estereotipos de género formulados a lo largo de la historia.

Desde la “mujer que miente constantemente, engaña y traiciona” hasta esa otra mujer cuyo máximo y permanente deseo es la maternidad. Por diferentes caminos y diseños de investigación, [Se busca] entender la resistencia de los profesionales... algunas de esas resistencias claramente ancladas en las creencias y convicciones de esos profesionales, que tienen que ver tanto con la condición de mujeres pobres, casi siempre mostrada como inviable en lo cultural, como con las posibilidades de emancipación de todas las mujeres, consideradas al principio como otra imposibilidad, cuya naturaleza radicaría en la incapacidad de ser de las mujeres y concebidas como incapaces de constituirse en sujetos libres y ciudadanas (p. 13).

Lo anterior permite analizar la problemática desde otra perspectiva e interpretar que la negación o las resistencias que tiene el personal para prestar servicios de ILE se relaciona con ver a las mujeres bajo el modelo tradicional y estereotipado que las coloca como personas sin capacidad de tomar decisiones o, por otro lado, con la obligación innata de asumir una maternidad, sin importar las consecuencias que esta genere tanto de manera física y biológica, como en el ámbito de lo social.

Al respecto, apunta Braidotti (2004) que las mujeres incardinan los discursos desde los cuales se asume la maternidad como el eje fundamental de la identidad femenina; lo que hace que los discursos o acciones que contravengan esta convención sean desechados o negados.

Este incardinamiento de los diferentes discursos sobre la maternidad y sobre la vida ocurre también con el personal que presta los servicios de salud y, por tanto, asumen como suyos los posicionamientos de las diferentes instituciones sociales para orientar sus acciones en función de estos.

Estos discursos emanados de las diferentes instituciones sociales se asumen como propios, en palabras de Braidotti (2004), se incardinan y conducen sus comportamientos, prácticas y posicionamientos individuales. En este sentido,

El sujeto no es una entidad abstracta sino material incardinada o corporizada... no es una cosa natural; por el contrario, es una entidad socializada, codificada culturalmente; lejos de ser una noción esencialista, constituye el sitio de intersección de lo biológico, lo social y lo lingüístico, esto es, del lenguaje entendido como el sistema simbólico fundamental de una cultura (16).

Reconocer las actitudes del personal como producto de procesos de incardinación, permite visualizar que los posicionamientos asumidos por estos son multifactoriales y no tienen que ver únicamente con una situación en específico; así como a comprender que se relacionan directamente con el lugar de enunciación, es decir, con el contexto en el cual son construidos. Esto da a posibilidad de elaborar

estrategias de subversión a los códigos bajo los cuales fueron construidos dichos posicionamientos, sobre todo, aquellos que limitan el acceso de las mujeres a sus derechos.

Para este trabajo se ha considerado el concepto de actitud, entendida esta como un posicionamiento personal construido a partir de las vivencias de los sujetos incardinados que dirige sus acciones y comportamientos. Más que biológica, la actitud representa una disposición social, pues es a través de la interacción social en las diferentes instituciones sociales a las que pertenece, que el individuo adquiere cierta predisposición para actuar de una u otra forma.

Conocer las actitudes de las personas permite, de alguna manera, predecir cómo pueden ser sus acciones. Por tanto, se han considerado los posicionamientos personales, así como las denuncias individuales del personal y que han sido emanadas de las técnicas de investigación, como elementos que dan cuenta de las actitudes del personal prestador de los servicios de salud SyR en relación a la práctica del aborto, mismas que se muestran a continuación.

### ***3.2.1 Posicionamientos personales respecto a la práctica del aborto***

En un estudio acerca de las opiniones de médicos en relación con la práctica del aborto realizado por González de León en 1995, se resuelve que, en su mayoría, el personal de salud mantiene un posicionamiento bastante conservador en relación a esta práctica, aun reconociendo los problemas de salud pública y justicia social que su prohibición legal genera.

Según otro estudio, realizado por González (1995) en Argentina, los posicionamientos negativos que asume el personal de salud en relación con la práctica del aborto están relacionados con la idea de que las mujeres mienten, lo que provoca que el personal apele a su experiencia personal y empírica para determinar si la mujer en situación de aborto se lo había provocado o no. Como ya se ha

mencionado, el incardinamiento de ideologías de género conservadoras en donde se considera que el ejercicio de la sexualidad en las mujeres debe tener como único fin la reproducción pesa y determina dichos posicionamientos.

En palabras de la autora,

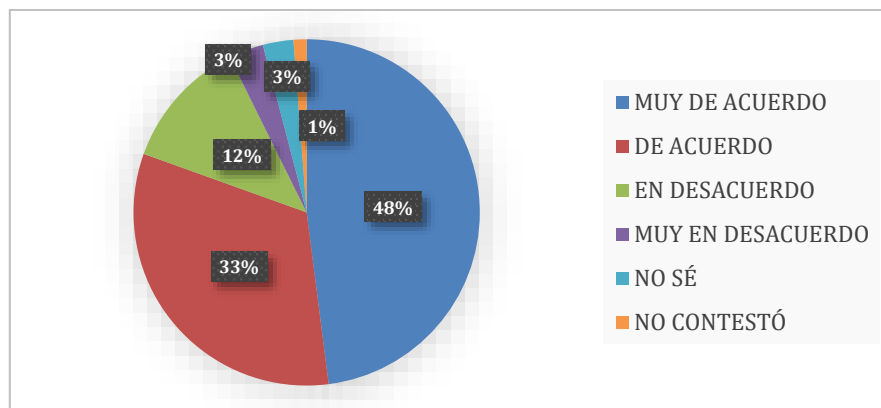
el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad (González, 1995, p. 167).

En el caso del personal prestador de servicios de salud SyR de este estudio se vislumbra una tendencia distinta. Se puede observar cómo el personal ha elaborado posicionamientos que, si bien emanan de los discursos prohibitivos provenientes de las instituciones sociales, mantienen también un equilibrio con los permisivos, también emanados de las diferentes instituciones sociales y manifiestan posicionamientos ambiguos.

Por un lado, los resultados de la encuesta realizada a personal de las diez Jurisdicciones Sanitarias Regionales muestran un posicionamiento personal bastante permisivo en relación a la práctica del aborto.

Se les cuestionó acerca de su nivel de acuerdo o desacuerdo hacia el hecho de que una mujer pueda optar por un aborto cuando no está preparada para ser madre o cuando no tiene dinero para mantener un hijo, así como en las situaciones de violencia sexual, malformaciones congénitas o cuando su vida corre peligro y los resultados mostraron que el 81% está de acuerdo y muy de acuerdo (ver gráfica 11).

**Gráfica 11. Posiciones del personal de salud SyR respecto del aborto por decisión de la mujer**

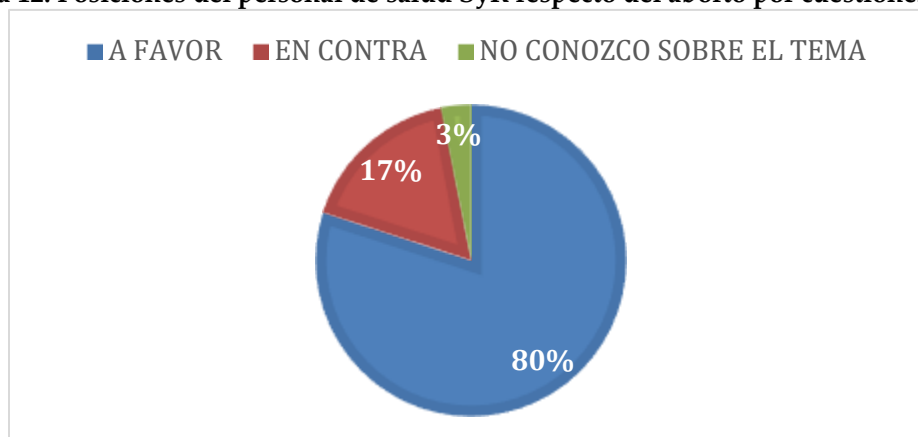


Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Puede observarse que, de alguna manera, el acuerdo del personal está relacionado con las causales por las cuales el aborto es legal en las diferentes partes del país, que son por razones socioeconómicas, violencia sexual, malformaciones o daños a la salud y vida, lo que coincide con los resultados expuestos en el apartado de conocimientos que alude al hecho de que el personal se siente más cómodo aceptando su acuerdo con las situaciones que la ley protege. Para tener un panorama más amplio de su posicionamiento, se incorporó una pregunta que diera cuenta del nivel de acuerdo mostrado en relación con la práctica del aborto sin importar el motivo y solo por decisión de la mujer, y los resultados mostraron que el 80% del personal está a favor del aborto como un derecho para todas las mujeres. Sin embargo, por otro lado, las entrevistas en profundidad refuerzan más la primera aseveración que tiene que ver con el acuerdo cuando hay condiciones legales y no por la sola decisión de la mujer (ver gráfica 12).

En las entrevistas en profundidad se observa una postura un tanto distinta, pues las personas entrevistadas en cierta medida asumen un posicionamiento a favor, siempre y cuando se cumplan algunas condicionantes que para ellos son de vital importancia, algunas tienen que ver con las causales legales.

Gráfica 12. Posiciones del personal de salud SyR respecto del aborto por cuestiones legales



Fuente: elaboración propia a partir de resultados de encuesta aplicada.

Por ejemplo, están de acuerdo cuando se trata de un caso de violencia sexual, como el caso de la entrevistada E1J1, que al preguntarle si estaría de acuerdo con que el aborto sea permitido para todas las mujeres sin que importe el motivo:

Creo que lo primero que se piensa es que se va a mal utilizar ¿no? esta atención, sin embargo, si conociéramos realmente el número de casos de mujeres de niñas y de jóvenes que sufren violencia sexual por parte de cualquier persona tanto cercana como desconocidos, sí veríamos que cursan con embarazos y tiene hijos los cuales pues no deseaban, los cuales no están en condiciones de tener ya esa familia; sin embargo, el hecho de que ellas puedan tener esta información cuando se detecta el embarazo, cuando se da a conocer que fue por una situación de violación, grandemente ayudaría si no se les, prácticamente, forza, a que hagan una denuncia porque como bien sabemos en muchos casos son familiares y entonces bajo esta situación no quieren denunciar, no denuncian porque no quieren que el abuelo, el tío, el esposo de la hermana, vaya a la cárcel; sin embargo, sí sería una gran decisión para ellas poder no continuar ese embarazo, porque no lo deseaban, sin tener que proceder legamente contra la persona. Al mismo tiempo que se les da atención se trabaja con ellas la atención psicoemocional, precisamente para poder mejorar la situación psicológica que tienen, pero al mismo tiempo darles herramientas que ellas puedan, digamos, defenderse ante estas personas que siempre las van a ver como víctimas y no vuelvan a tener, a vivir esta misma situación, entonces esas partes son de apoyo (E1J1).

Pareciera ser que existe la dificultad de reconocer o asumir un posicionamiento claro, esto puede deberse a la carga moral que envuelve la práctica del aborto ya

que, para algunas personas, asumirse en favor, puede representar un peso de responsabilidad que no están dispuestos a asumir.

Por ejemplo, el siguiente entrevistado, a lo largo del diálogo asume un posicionamiento bastante conservador en relación a su nivel de acuerdo con la práctica del aborto como un derecho para todas las mujeres sin importar los motivos:

Eso ya depende de cada quién si estamos o no estamos de acuerdo, aquí en lo personal pues no creo, yo no estoy de acuerdo, y creo que el gobierno debería de implementar otras medidas y no ponernos a los médicos como verdugos.

No es algo de que, no estudiamos nosotros para ser legradólogos, no estudiamos nosotros para quitar una vida, pero al fin y al cabo hablar de un embarazo menor de 20 semanas que aunque lo marca la ley que puede ser legal, es quitar una vida, entonces, no, un médico no es para eso (E6J2).

Sin embargo, más adelante, en la misma respuesta, asume un posicionamiento menos tajante con respecto al aborto, siempre y cuando no se le involucre en la práctica del mismo:

El plan del aborto, no estoy como tal en pro o en contra, es algo, bueno, por algo decir, la mujer tiene su derecho reproductivo de decidir si quiere o no quiere tener hijos; hay muchas dudas, hay muchos manejos; la idea de algunas organizaciones que practican abortos médicos que son a base de medicamentos que no tienen que incluir como tal a un ginecólogo o a un personal de la salud, las instituciones las podrían manejar de hecho si quisieran, que son las que la están proponiendo, no veo yo la complicación, de hecho la guía clínica lo dice, toda paciente embarazada con un embarazo abajo de ocho semanas de gestación, manejado con análogos de la prostaglandina, a dosis altas se le quiere dar el manejo conservador del aborto, ¿qué quiere decir eso? que se le da el medicamento una dosis entre hoy, una dosis mañana y ya se vacía el útero por medio de medicamentos; el riesgo de hemorragia para cuando esto se realiza es menor a uno; entonces, yo veo que esas son otras alternativas sin tener que meternos a nosotros como médicos, que lo pudieran hacer otros personales o que capacitaran a otro personal... si una mujer quiere tener un aborto, que lo tenga, es muy su derecho, es muy su decisión, pero que no me pida que yo se realice (E6J2).



Otra de las entrevistadas presenta la misma ambigüedad en sus respuestas ante el cuestionamiento de si está a favor de la práctica del aborto independientemente de las causales por las cuales es legal en el estado, por un lado, tajantemente responde que no está de acuerdo:

Híjole pues mira, en lo personal, yo diría que no se debería de hacer cuando están todas las condiciones a favor de la vida de ese bebé, porque independientemente si es una mujer joven, que tiene una forma; o la otra, decir, bueno, que nazca el bebé y lo doy en adopción; o sea, no tendrías por qué quitarle la vida a alguien más; pero te digo, previo a una valoración u orientación psicológica, porque al final cada cabecita piensa diferente y yo te puedo decir, no, es que no se vale que le hayan hecho esto; pero la otra parte, la salud materna no sólo decimos, ay sí la embarazada y todo eso, viene también la otra parte de las mujeres que desean embarazarse y pasan uno, dos, tres, cuatro, cinco, diez años y no se pueden embarazar y dices, no es justo, ahí es donde dices, no es justo que una paciente sana, que pueda tener su bebé, dice: “no, es que no lo quiero, que me hagan un legrado y que lo saquen” y una paciente que sí lo desea no lo puede tener (E4J2).

Más adelante expresa:

Para mí lo más importante sería preservar la vida, sin embargo, hay que ver la condicionante; entonces, yo en lo personal no lo haría, pero viendo la situación de una paciente pues habría que analizar, entonces, presentándose el caso ya vería la condición... yo soy médico y nuestra función es salvaguardar la vida. Pero aquí son dos vidas, porque es la vida de la mamá y es la vida del producto, entonces si yo, digo, por mi condición, no lo puedo hacer porque a mí, no sé, mi religión o lo que sea no me lo permite, pero sí tengo la obligación de decirle, sabe qué yo no puedo, pero hay otra opción, puede consultar.

En lo personal considero que sí podría ser ver viable [permitir el aborto], ¿por qué? porque cada mujer tiene una decisión propia, pero sí, antes de decidir, que sea sensibilizada y sobre todo que tenga una valoración o un apoyo psicológico, porque muchas veces hay circunstancias sociales que nos pueden o podrán orientar a esa mujer a querer no tener un bebé ¿no? o sea, no sé, por ejemplo, a veces ya tienen cuatro o cinco hijos, tienen pareja y luego dice, híjole, ya salió otra vez embarazada por un descuido, mi método falló ¿y qué voy a hacer con un quinto hijo?, ¿cómo lo voy a mantener? o veces tiene un bebé con algún antecedente y que de repente pues también viene la parte del miedo de decir, me voy a embarazar pero tengo antecedentes que mi hijo nació con síndrome de

Down, con algún defecto, ¿y si este viene igual qué voy a hacer?, ¿no? entonces yo creo que sí (E4J2).

Además de la ambigüedad presente en ambos entrevistados, puede notarse que el asunto de comprobar la situación psicológica de la mujer que decide poner fin a un embarazo está bastante remarcado, lo que coincide con lo referido en el estudio de González (1995) acerca de que el personal de salud asume que las mujeres pueden mentir cuando solicitan un aborto.

Esto permite analizar cómo el discurso conservador que propone el binomio mujer-madre está aún presente en los posicionamientos del personal, quienes no conciben que una mujer sana pueda optar por un aborto, intentado encontrar alguna deficiencia emocional o psicológica que justifique su acción.

Tal como ocurre con la entrevistada siguiente, quien asume un posicionamiento mucho más abierto y justificado por el respeto a la voluntad de las mujeres que el de los dos anteriores, pero que, al igual que ellos, incorpora la necesidad de que las mujeres atraviesen un proceso de revisión psicológica que acompañe su decisión:

Como prestadora de servicios le daría el apoyo psicológico y que decida ella, lo que ella decida se le apoyaría porque ya es decisión de ella, muy personal. Cada quién tiene su forma de pensar ¿no?, es muy respetable la decisión que tome una persona no le puede parecer a otra, pero es decisión, y es elección de ella, ni criticar ni juzgar, sino es decisión personal, muy personal. Aquí lo que pasa, lo que no entendemos muchos profesionistas es que, bueno, yo tengo mis ideas pero yo estoy brindando un servicio y deben dejar de lado las creencias, o los tabús que tengan para dar el servicio a las personas; yo creo que se debería de sensibilizar y concientizar a esos médicos o a ese personal de salud y pues si no, no sé, cambiarlos de lugar pero el servicio se les tiene que dar, independientemente de lo que yo opine o yo piense. Sí, no juzgar ni criticar, tomar en cuenta la decisión de esa persona que ya lo pensó y todo, apoyarla más que todo, brindarle el servicio vaya, para eso estamos (E2J1).

En los tres casos expuestos anteriormente, puede atribuirse la ambigüedad de las respuestas y la necesidad de revisar el estado psicológico de la mujer como una

posición que asume el personal, debida al hecho de estos transitan permanentemente entre dos discursos incardinados. Por un lado, un discurso clínico-legal que les indica cuándo sí es posible realizar un aborto y, sin complicaciones, expresan su acuerdo en esas circunstancias particulares y por otro lado, un discurso normativo que está marcado por estereotipos de género dominantes en los que las mujeres tienen que asumir la maternidad como una obligación y en la que además son vistas como personas sin la capacidad de tomar decisiones acertadas y en consecuencia, con la necesidad de ser tuteladas; todos estos discursos, son los que dirigen sus posicionamientos y sus prácticas.

Esta necesidad del personal de salud de verificar los testimonios de las mujeres a través de revisiones psicológicas se relaciona con lo que Ervitri, Castro y Sosa (2006) denominan modelo paternalista médico, el cual ha regido tradicionalmente la relación médico-paciente y que también es adoptada por otros profesionales de la salud. Los autores afirman que

en las interacciones cotidianas que se establecen entre prestadores de servicios y usuarias, las conductas de los profesionales de la salud, están mediadas por procesos de etiquetación de las usuarias en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género

Este modelo paternalista médico podemos observarlo también en las respuestas del siguiente entrevistado, el cual, además de expresar un discurso en que se interpreta que las mujeres no tienen la capacidad de protegerse aun teniendo a su disposición los medios para hacerlo, deroga toda la responsabilidad del cuidado a estas

no es posible que las mujeres utilicen [el aborto] como un método anticonceptivo, hoy en día los legisladores y los abogados pugnan porque se pueda tener esta práctica de manera abierta y eso no es correcto porque las mujeres lo van a tomar como un método anticonceptivo y no se van a cuidar.

Mejor optar por la prevención y la planificación, eso es lo ideal, las mujeres deberían cuidarse, hoy en día las muchachitas tienen acceso a toda la información de cómo tener relaciones sexuales y sin embargo no pueden tener... no se cuidan, no acceden a un método anticonceptivo, eso es contradictorio porque cómo es posible que conozcan cómo tener relaciones sexuales en todos lados, en el campo, en la casa, en el carro, en el cine, y no pueden usar un método anticonceptivo, se debería hacer una campaña en la que en todos lados se venden métodos anticonceptivos porque es... debería, la gente tiene derecho a disfrutar, pero se deberían de cuidar (E7J1)

En algunos países con legislaciones sobre aborto, la normativa establece que las mujeres que lo solicitan, deben disponer de una semana para la “reflexión” de su decisión y posterior a ella volver para que le sea autorizado el procedimiento. En otros países, incluido México, se requiere, además de la solicitud de la mujer, la aprobación de otro profesional de la salud o en caso de ser menor de edad, del padre, madre o tutor de la mujer. Estos periodos y solicitudes o, como en el caso de este estudio, la petición de revisiones psicológicas no se precisa en ningún otro procedimiento, lo que da cuenta de toda la carga de discursos normativos que envuelven la práctica del aborto.

Este posicionamiento coincide con lo que se ha venido expresando acerca de la negación de la sexualidad de las mujeres como medio de placer, adjudicándole únicamente la capacidad de reproducción, al mismo tiempo que se delega la responsabilidad de la anticoncepción a ellas.

Herrera (2009), en su estudio sobre la atención médica a mujeres víctimas de violencia, hace referencia a esta situación, apuntando que “cuando una ‘patología’ no tiene justificaciones para el orden médico, lo que se ve en ella es simplemente ‘búsqueda de placer’, lo cual es visto con desagrado por el discurso moralizante de la medicina” (en Castro y López, 2009, p. 79).

Esto permite indagar de manera muy general en las representaciones que tiene el personal acerca de las mujeres y su papel social, que en este caso es el de la dicotomía mujer-madre.

Herrera ofrece una explicación filosófica que bien puede aplicarse a la interpretación de los posicionamientos del personal de salud de este estudio en relación a la práctica del aborto y sobre todo, en relación a las mujeres en situación de aborto:

En el discurso médico, el paciente es tratado en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable, sometiéndose al orden médico con el fin de recuperar las características propias del “hombre”, es decir la libertad que le hace escoger la razón (Clavreul, 1983). El enfermo, distinto del “hombre”, es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud, seguir los dictados del “organismo” en lugar de prescripciones desagradables, mentir, etc. ¿Qué esperar entonces de una mujer? El discurso sobre el “hombre” propio del humanismo es, como ya lo han advertido las feministas, masculino. En este caso, la mujer no sólo es sospechosa en tanto que “enferma” sino ante todo en tanto que mujer. Si hemos de tomar el discurso médico en serio, las mujeres no sólo están excluidas temporalmente de la razonabilidad, mientras dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres. Aquí el discurso médico se articula con discursos históricos sobre lo femenino y lo masculino, o sobre el género, que han destacado el carácter corporal, sensible e irracional de las mujeres en contraposición a la voluntad y la razón, que estarían del lado masculino. Este discurso, coincidente con la hegemonía del humanismo occidental, establece cadenas de equivalencias que equiparan lo femenino con la diferencia, la temporalidad, la anarquía, el error, el interés, la insanidad y la desviación, y a lo masculino con sus respectivos opuestos, la identidad, la universalidad, la cultura, el desinterés, la verdad, la sanidad y la justicia (Mohanty, 1991) (2009, p. 78).

El incardinamiento de este modelo binario también puede observarse cuando el posicionamiento frente a la práctica del aborto se asume como un derecho para todas las mujeres sin importar el motivo, como en el caso de la siguiente entrevistada, la cual, abiertamente expresó un posicionamiento a favor de esta práctica,

Yo creo que es válido, ¿por qué? porque las jóvenes y hablando de que tenemos el primer lugar a nivel mundial en embarazo adolescente, es mucho riesgo, entonces las jóvenes se exponen a un riesgo muy alto en cursar un embarazo en donde lo están ocultando, donde pues a lo mejor las convencieron, que también es un tipo de acoso sexual, la manipulación por parte de alguien que era el novio y en cuanto quedaron embarazadas son abandonadas; toda esta situación social, la cuestión familiar, la cuestión de su propia salud, el abandono de estudios por cursar un embarazo; sabemos y respetamos a las personas que ni siquiera lo pensarían, afectar o interrumpir un embarazo, pero también hay historias muy dañinas de jóvenes, de personas que cursen con un embarazo por una violación. En el caso de las que no fue por violación, pero sí fueron engañadas, fueron engañadas por un novio; entonces, como no reciben más atención más que la atención del parto y se van, nuevamente vuelven a caer en redes de personas porque ellas adquieren un comportamiento ¿no? de que los agresores saben perfectamente quienes pueden ser sus víctimas y entonces ellas empiezan a tener embarazos más riesgosos, quizás al segundo, o tercer embarazo ya van y solicitan la interrupción del embarazo; pero si ellas desde un primer momento hubieran accedido a esto y se les da la atención psicoemocional pues realmente podríamos cambiar la historia. El riesgo como cualquier procedimiento quirúrgico, sí tiene un riesgo, pero si se atiende dentro de las primeras doce semanas que es lo más recomendable, se disminuye muchísimo la probabilidad de peligro y además muchas otras jóvenes donde no se cuenta con esta posibilidad que ellas accedan irremediablemente acuden a servicios clandestinos donde exponen su vida, su salud e incluso su salud reproductiva, ¿qué quiere decir esto? que interrumpen el embarazo pero probablemente, les producen infecciones, pueden tener hemorragias, pueden terminar en otras cirugías más complicadas y queden afectadas de por vida para poder volver a tener hijos. lo que prácticamente le está faltando a esta persona es la atención psicoemocional, a pesar de que médicamente se le da toda la asesoría, se le exponen los riesgos, cuando se le está dando de alta se les dice que por el tipo de atención que vivieron no deben de embarazarse, qué usen un método; aunque sea algo muy breve en el momento que se está dando de alta acuda al área de planificación para que si usted no desea embarazarse utilice un método; entonces, aquí básicamente la persona no está sensibilizada, no está sensibilizada y entonces habría que reforzar ¿no? las áreas dan pláticas incluso en los espacios de las salas de espera y todo, sin embargo las personas que digamos empiezan a tener una situación así pues están demostrando una total inmadurez, y un total no cuidado de su salud, al contrario, podrían estar poniendo en riesgo su vida o su misma salud reproductiva; ahora, no creo que sea por caso de una violencia sexual, porque pues, los agresores a veces también cuidan, a veces también usan condón; algunos agresores, lamentablemente es conocido, les dan la pastilla del día siguiente, las obligan a que se la tomen; entonces, aquí yo creo que son jóvenes que están totalmente desinformadas y

que no han acudido incluso a las áreas donde siempre se les emocionan que deben de acudir, entonces a lo mejor mientras está hospitalizada sean abordadas ahí en su cama de hospitalización por el área de psicología (E1J1).

Aunque la entrevistada asume un posicionamiento bastante permisivo y además incorpora argumentos que tienen que ver, no solamente con las causales legales del aborto, sino con la posibilidad de las mujeres de elegir un plan de vida, aún se observa la presencia del discurso normativo que ve a las mujeres como sujetos con la necesidad de recibir atención psicológica antes de tomar una decisión, así como las responsables del cuidado en las prácticas sexuales.

No únicamente el personal entrevistado refiere posicionamientos anclados a este modelo, sino que además identifican posicionamientos del resto de sus colegas que están permeados por este modelo y con los que no están de acuerdo, como es el caso de la E1J1, que es la única que refirió un posicionamiento abiertamente en favor del aborto,

dentro de todo el personal que se encuentra en una institución para dar atención sí hay personas que realmente frenan o desconocen que tienen un derecho las personas para ser atendidas, entonces empiezan a, las rechazan, y entonces se quieren retirar y tiene uno que empezar a abordar y buscar una persona que pueda apoyar en que den la atención; entonces se tiene que ver desde el área de gobierno de ese hospital que por favor den la atención o que conduzcan a esta persona con alguien que realmente va a atender lo que está requiriendo (E1J1).

Puede observarse, pues, cómo los posicionamientos que dirigen las actitudes del personal están permeados por una variedad de discursos que incorporan y hacen suyos a través de los diferentes procesos formativos que viven y que son tanto de carácter ético, moral, religioso, educativo formal, político y médico-científico y por supuesto con los discursos normativos de género. Además, es claro cómo existe un cierto nivel alto de consenso respecto al aborto cuando este se realiza en alguna de las circunstancias bajo las cuales la legislación lo considera viable; mientras que en el resto de las situaciones parece no haber un consenso.

Resulta interesante analizar también el hecho de que el personal que se ve obligado a realizar la práctica del aborto, dada su adscripción laboral a la institución de salud desconoce que, de la misma forma en que existe una legislación que los obliga, existe otra que les protege en caso de que, por sus posicionamientos o creencias individuales, no se sientan facultados para realizar un aborto y que además, recientemente se aprobó como un derecho para el personal de salud, que es la objeción de conciencia.

Todo lo anterior permite afirmar el supuesto de esta investigación, el cual admite que la ruptura entre la normativa para la prestación de servicios de ILE y la prestación real de dichos servicios tiene que ver con los conocimientos y las actitudes que asume el personal en relación a esta práctica, mismos que están determinados por los diferentes discursos emanados de las instituciones sociales en las cuales se mueven y que estos incardinan haciéndolos suyos, como apunta Cook,

cuando las leyes no están apoyadas por los recursos necesarios para proporcionar los servicios que autorizan, el ejercicio de la reforma legal no tiene sentido. [...] Los gobiernos que han vencido la oposición religiosa y de otro tipo para que la mujer pueda optar por el aborto son, de modo casi invariable, reacios a situar a los profesionales de la salud y a las instituciones sanitarias bajo el deber positivo de llevar a cabo abortos. Sin un compromiso gubernamental de cubrir la demanda de aborto, el aborto ilegal mantiene su frecuencia y el aborto médico seguro queda al alcance sólo de los ricos y privilegiados (1991, p. 103).

De esta forma se puede asumir que nos enfrentamos a un ejercicio profesional poco flexible ante legislaciones de avanzada.

### ***3.2.1 Denuncias individuales hacia los mecanismos institucionales***

Se decidió incorporar como categoría de análisis las denuncias que el personal manifestó en el desarrollo de la investigación, pues se asume que éstas dan cuenta de las resistencias que enfrenta el personal y de alguna manera, permiten indagar en otros factores, además de sus conocimientos y actitudes, que están limitando su



práctica y en consecuencia, el acceso a los servicios de ILE y que tienen que ver directamente con cuestiones estructurales o de la propia institución, más que sus disposiciones individuales.

La mayor parte de los estudios que involucran a personal prestador de servicios de salud asumen que estos tiene la posibilidad completa de auto regularse, sin embargo, como se ha anotado en apartados anteriores, vale la pena reconocer que, de la misma forma en que el personal posee la capacidad de regulación y de participación activa en el acceso a los servicios de salud SyR de las mujeres; también se encuentra determinado por una estructura que puede limitar esa participación activa.

Desde el interaccionismo simbólico se asume que la realidad es producto de las intenciones de los actores, pero que éstas están también influenciadas por el lugar de enunciación y por los diferentes discursos emanados de las instituciones sociales a las que pertenecen.

Las denuncias que realiza el personal a la institución de salud, se relacionan sobre todo con las deficiencias técnico-instrumentales y de infraestructura que existen en sus centros de trabajo.

Por ejemplo, el E6J2, comentaba que un hospital en el que se realizan ~~en~~ alrededor de 100 abortos cada mes, se cuenta únicamente con un equipo para realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU), siendo esta la técnica más adecuada y avanzada para realizar interrupciones de embarazos de menos de doce semanas de gestación, por lo que se opta por realizar Legrados, técnica que implica una mayor invasión y riesgo para las mujeres con abortos de menos de doce semanas:

... puede ser un AMEU o un legrado, eso depende también de la capacidad que tiene cada médico para manejar cualquiera de las dos técnicas, porque no es lo mismo hacer un AMEU que es una técnica más simple, pero no todos están familiarizados con el equipo y cómo utilizarlo; a un legrado, un legrado tienes

en el hospital, a todos están familiarizados de cómo utilizarlo, por eso cuando hacen legrados aquí tenemos menos incidencia en restos a como cuando lo hacen con AMEU... es más la práctica de legrado porque no hay equipos de AMEU en el hospital, hay uno y medio sirve. Uno (E6J2).

Esto limita la posibilidad de considerar al personal en su dimensión ciudadana, es decir, con el derecho de recibir las mejores condiciones para el ejercicio de su práctica profesional; lo que impactaría también en la capacidad de estos de mirar a las usuarias en su calidad de ciudadanas.

Si bien, los conocimientos y las actitudes del personal son algunos de los principales factores que limitan la prestación de servicios de ILE, lo es también la carencia y deficiencia de los recursos necesarios para proporcionar dichos servicios. Esta situación limita en gran medida la prestación del servicio, pues el personal, al sentir que no cuenta con las condiciones adecuadas de higiene, instrumental y medicamentos para realizar un aborto exitoso, puede expresar su resistencia a practicarlo, pues estaría comprometiendo la salud y vida de la mujer, así como su carrera profesional.

Si bien el personal no lo expresa de esa forma, se puede interpretar que el no contar con los recursos materiales necesarios, influye en sus posicionamientos y actuación.

Una más de las inconformidades que expresaba el personal fue acerca de los casos en los que se criminaliza a las mujeres que acuden a las clínicas con abortos en proceso, ya que la institución pide la canalización de las mujeres a los servicios de procuración de justicia por presumirse que los abortos con lo que acuden han sido provocados por ellas mismas.

La denuncia hecha hacia la institución tiene que ver con que los mecanismos para la prestación de los servicios o para la canalización de las mujeres en situación de aborto no son claros y que el personal tiene que actuar como le indiquen sus propios posicionamientos, lo que les coloca en una situación difícil de manejar.

Por un lado, hubo personal que expresó claramente que como prestadores de servicios no tienen la facultad ni la obligación de canalizar a una mujer en situación de aborto a los servicios de procuración de justicia, al cuestionar a una de las entrevistadas acerca de si el personal da aviso al Ministerio Público (MP) sobre la llegada de una mujer con un aborto iniciado, responde

No porque ellas hacen su referencia, pues que se cayeron, que, aunque a veces es evidente pues que fue provocado, pero la historia clínica tiene su apartado donde uno interroga qué ocurrió, cómo sucedieron las cosas; entonces nosotros no podemos decidir una situación que la usuaria nos está externando, no la podemos cuestionar. Para las cuestiones de interrupción voluntaria del embarazo que ellas están externando que vivieron una violación, sí se hace esta notificación, es una hoja que se hace un reporte y que sí se da aviso al ministerio público, pero esto no implica que forzosamente vayan a ejercer una situación legal sobre ella porque esto ya es legal, la IVE [Interrupción Voluntaria del Embarazo], sin embargo probablemente si llegara a presentarse algún representante de procuración de justicia la interrogarían y pues aunque ella no pueda dar mayores datos, no se puede dar el seguimiento del agresor ni nada porque pues a lo mejor puedo decir y por lo mismo que la cuestión psicoemocional están afectadas, puede decir es que: "fue un día que yo salí, iba yo caminando en la calle, no lo vi, me jalaron", entonces también los del ministerio público se quedan sin armas para tratar de buscar a ese agresor y en el caso de que la persona también estuviera haciendo esa suposición de que fue una situación de violación, a lo mejor sí fue una violación de un familiar, pero no lo puede externar, no nos lo refiere, entonces también para la cuestión legal es: "no pues yo estaba y entró una persona, no la vi, no supe..." entonces no hay cómo hallar armas para buscar al agresor, sin embargo para la cuestión psicoemocional, sí, los psicólogos tienen todas sus herramientas para poder ir trabajando con ellas esa situación y poderlas apoyar realmente.

Si llega ya con un aborto en evolución nosotros atendemos el aborto en evolución bajo la referencia que ellas comentan que empezaron a sangrar, no nos van a decir si hubo introducción de algún medicamento, introducción de algún objeto o manipulación por parte de alguna persona, no lo dicen; uno atiende a una persona que llega ya con una hemorragia o ya expulsando una bolsa con el producto de la gestación

Un sangrado uterino por un embarazo, por un aborto en evolución no implica aviso a MP (E1J1).

Por otro lado, una más de las entrevistadas refirió que sí debe darse aviso al MP cuando una mujer acude con un aborto iniciado, y no por el hecho de considerársele víctima de violencia, sino en calidad de haber cometido el delito de aborto,

Se tendría que dar aviso, se tendría. Aquí también tiene que ver mucho la condición y la decisión, el conocimiento informado a la paciente; como servidores públicos nuestra obligación es notificar al MP, pero pues también aquí tendríamos que establecer un mecanismo ideal y eficaz, porque a veces yo notifico, pero el ministerio público no viene; entonces, como hospital, tampoco puedes tener mucho tiempo a una paciente si necesita un legrado. Entonces si yo notifico hoy y mañana no viene el MP, pues ya se pierde el enlace, pero sí hay, incluso nosotros como secretaría a través del SUIVE, que es el informe semanal, sí viene un apartado de las notificaciones de abortos.

Esta situación, más que una crítica hacia el propio personal, representa una deficiencia de la institución y de sus mecanismos poco claros acerca de lo que procede cuando se recibe a una mujer en situación de aborto iniciado.

Los dos posicionamientos anteriores permiten reflexionar varias cosas, por un lado, puede derivarse que, ante la sospecha de un aborto inducido por la usuaria, el prestador de servicios de salud tiene que movilizar una serie de discursos para construir una decisión que oriente su actuar, al no haber mecanismos claros que le indiquen su proceder. Lo más probable es que el hecho quede registrado como un aborto espontáneo o un aborto en proceso, más que como uno inducido por la mujer, lo que liberaría al prestador de cualquier proceso o trámite legal que hubiera que realizar y que también justificaría que no se encentren en los registros oficiales abortos por causal.

Por otro lado, puede atribuirse a su voluntad de apoyar a la mujer no evidenciando la situación, en caso de que esta no se corresponda con alguna de las causales legales. Tal como apuntan Ehrenfeld, Cárdenas y Morelos (1992),

... así como hay médicos que no tienen un comportamiento y una expresión punitiva hacia la mujer que acude con un aborto, también existen aquellos que trasladan los criterios de su propia moral a la práctica institucional, condenando a la mujer. Sea como fuere, se puede considerar que la primera actitud de no juzgar moralmente a la mujer que aborta es un comportamiento que tiende a proteger a la mujer, ya que cuanto menos evidencias se registren, más seguridad encuentra la paciente de no ser acusada y procesada por la interrupción voluntaria del embarazo (En González de León, 1995, p. 7).

Existen casos documentados de mujeres criminalizadas por el delito de aborto en el estado, como en el caso de “María” una mujer de 22 años que se encontraba realizando labores domésticas cuando tuvo un aborto espontáneo. Ella, al no saber que estaba embarazada, pues un año antes le había sido colocado un Dispositivo Intrauterino después de su último parto, asustada, recogió el producto, lo colocó en una bolsa y sus familiares llamaron una ambulancia.

María fue trasladada al Hospital Regional Rafael Pascasio Gamboa, uno de los que se seleccionaron para este estudio, y ahí, antes de proporcionarle la atención médica, fue referida a los servicios de procuración de justicia, dado su estado de salud, el MP acudió hasta su camilla para interrogarla. La mujer refirió haberse sentido hostigada y presionada, pues el encargado del MP esperaba que ella “confesara” que se había provocado el aborto. 30 horas más tarde y por medio de la denuncia en redes sociales de organizaciones civiles, María fue atendida y se le realizó una limpieza. Mientras convalecía en su recuperación, fue hostigada nuevamente por personal de la clínica mostrándole embriones y fetos de diferentes etapas gestacionales, argumentándole que eso era lo que “otras mujeres habían hecho con sus bebés”.

Esta situación fue llevada a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, misma que emitió recomendaciones a la clínica para la prevención de la violencia obstétrica, que es el tipo de violencia bajo la cual se catalogó el trato que recibió María.

Lo anterior da cuenta del nivel de violación de derechos humanos al cual puede llegarse mientras no se establezcan los parámetros adecuados que indiquen el proceso y la ruta crítica para la atención de mujeres en situación de aborto, y que además se corresponda con cada uno de los lineamientos y normativa tanto internacional, como nacional y local.

## CAPÍTULO 4. DESARROLLO HUMANO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

### 4.1. El desarrollo como libertad

Mucho tiempo se ha hablado de desarrollo en términos de crecimiento económico, sin embargo, se ha dejado de lado una posibilidad de desarrollo que, a mi juicio, permite que las personas puedan adquirir las herramientas básicas para su crecimiento a nivel individual, lo que, a mediano plazo, representaría la posibilidad de construir espacios de convivencia más idóneos y acceso a elementos que permitan, después, el desarrollo en términos económicos.

Amartya Sen, filósofo y economista indio, ha elaborado toda una teoría que precisamente tiene relación con lo referido en el párrafo anterior, el desarrollo humano. Este teórico enmarca sus aportaciones respecto al desarrollo humano en la idea de que las acciones que se emprendan para lograrlo deben conducir a una vida basada en la libertad de las personas.

Antes de comenzar con el desarrollo de la propuesta de Amartya Sen (2000a, 2000b, 2007 y 2010), es importante hacer mención al hecho de que mucho se ha acusado a su teoría de idealista, por colocar la libertad como el fin del desarrollo humano. Sin embargo, el trabajo de este teórico, si bien, no deja de lado los posicionamientos económicos que inevitablemente empapan las teorías del

desarrollo, los entrelaza con aspectos político filosóficos que le dan un sentido más humano. Esto último se refuerza pues su teoría está transversalizada por cuestiones sobre de identidades culturales, universalidad de los derechos humanos, democracia y justicia social.

La pretensión de Sen es, pues, lograr como presupuesto inicial para el desarrollo humano, la conciliación entre la justicia global y la libertad cultural, es decir, un “modelo de justicia global que sin ser relativista tampoco ahogue la elección social -ni las identidades plurales- de las personas que constituyen los diversos pueblos y culturas” (2007, s.p.).

Las aportaciones de Sen se vuelven necesarias para el desarrollo de la propuesta de esta investigación, pues el derecho de las mujeres a acceder a un aborto seguro tiene relación directa con el derecho a una vida digna, así como con la libertad, elementos que dan sustento ético a los derechos humanos establecidos en la Declaración Universal a los que las reflexiones de este autor dan sustento. Por ello, sus aportaciones sirven para argumentar muchas de las reivindicaciones progresistas que tienen que ver con el ejercicio de la salud SyR. Tan es así, que estas han sido retomadas de manera formal como punto de partida por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que desde inicios de los años 90 del siglo pasado publica año con año el conocido Reporte de Desarrollo Humano, lo que representa una muestra del gran peso que la teoría de Amartya Sen tiene para este organismo internacional.

Uno de los grandes conceptos desde los cuales Amartya Sen (2007) argumenta toda su teoría es el de justicia social. Para entenderlo es importante previamente hacer un esbozo a la interrelación de dos conceptos fundamentales para la teoría de Sen, el de funcionamientos y el de capacidades, que digamos, representan el punto de partida.



El autor hace referencia a los funcionamientos como el elemento más primitivo de su teoría; estos hacen referencia a las partes de un estado en una persona, es decir, aquello que puede lograr o ser en su diario vivir. Por su parte, la capacidad tiene que ver con las combinaciones alternativas que la persona pueda o sea capaz de realizar para elegir entre una colección aquella que situación que le posibilite ser libre, en los términos en que Sen (2007) entiende la libertad, como la capacidad de poder elegir y actuar.

Para este autor, la explicación de desarrollo que han dado las ciencias económicas ha sido por demás utilitarista y reduccionista, pues está centrada únicamente en los resultados medibles en términos de bienes a los que se puede acceder a través de los ingresos. Sin embargo, no ha tomado en cuenta la situación real de las personas. Menciona que, si bien, el subjetivismo, que es inherente a algunas de las teorías del desarrollo de corte utilitarista, evalúa la situación de las personas, estas lo hacen en términos de estados mentales que tienen a resultar volubles; por lo que existe la necesidad de evaluar la situación de las personas más por las condiciones objetivas de su existencia.

En este sentido, las aportaciones de Nussbaum (2002) permiten fortalecer la idea de que el acceso a la salud y a la educación es un elemento fundamental para el desarrollo humano, pues propician mayores condiciones de justicia social, instrumento ético que la autora erige para llegar al desarrollo. Mientras Sen (2000a y 2000b) apuesta a la libertad como herramienta para el desarrollo, Nussbaum (2002) apuesta por el aumento de las capacidades humanas para una vida digna.

Nussbaum retoma las aportaciones de Sen (2000a, 2000b, 2007 y 2010) para elaborar toda una teoría para la evaluación de la calidad de vida basada en las capacidades humanas que tiene que ver con qué son las mujeres realmente capaces de hacer, más que preguntarnos qué cantidad de recursos poseen las mujeres; aunque no está de más mencionar que la misma autora plantea que aunque retoma

y se inspira en las aportaciones de Sen (2000a y 2000b), la principal diferencia entre ambos es que ella ha elaborado una lista de capacidades centrales, las cuales están orientadas a evaluar el nivel de calidad de vida que poseen las personas en función de la capacidad que tienen para satisfacer cada una de las necesidades.

A esta lista, Nussbaum (2002) la denomina lista de Capacidades Centrales para el Funcionamiento Humano, y plantea los siguientes elementos

A. Básicas:

- Vida. Ser capaz de vivir hasta el final de la vida humana de extensión normal; no morir prematuramente, o antes de que la propia vida se haya reducido de tal modo que ya no merezca vivirse.
- Salud corporal. Ser capaz de tener buena salud, incluyendo la salud reproductiva; estar adecuadamente alimentado; tener un techo adecuado, tener acceso a los servicios de salud.
- Integridad corporal. Ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites del propio cuerpo sean tratados como soberanos, es decir, capaces de seguridad ante asalto, incluido el asalto sexual, el abuso sexual de menores y la violencia doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción.
- Sentidos, imaginación, pensamiento. Ser capaz de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de hacer todo esto de forma —verdaderamente humana, forma plasmada y cultivada por una adecuada educación, incluyendo, aunque no solamente alfabetización y entrenamiento científico y matemático básico. Ser capaz de utilizar la imaginación y el pensamiento en conexión con la experiencia y la producción de obras y eventos de expresión y elección propia, en lo religioso, literario, musical, etc. Ser capaz de utilizar la propia mente de manera protegida por las garantías de libertad de expresión con respeto tanto al discurso político, como artístico, y libertad de práctica religiosa. Ser capaz de buscar el sentido último de la vida a la propia manera. Ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el sufrimiento necesario.
- Emociones. Ser capaz de tener vinculación con cosas y personas fuera de uno mismo, amar a quienes nos aman y cuidan de nosotros, de penar por su ausencia, y, en general, de amar, de penar, de experimentar nostalgia, gratitud y temor justificado. Que el propio desarrollo emocional no esté arruinado por

un temor o preocupación aplastante, o por sucesos traumáticos de abuso o descuido.

- Razón práctica. Ser capaz de plasmar una concepción del bien y de comprometerse en una reflexión crítica acerca del planeamiento de la propia vida.

#### B. Potenciales

- Afiliación.

a) Ser capaz de vivir con y hacia otros, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse en diferentes maneras de interacción social; ser capaz de imaginarse la situación de otros y de tener compasión de tal situación: ser capaz tanto de la justicia cuanto de la amistad.

b) Poseer las bases sociales del respeto a sí mismo y de la no humillación; ser capaz de ser tratado como un ser dignificado cuyo valor es igual al de los demás. Esto implica, como mínimo, protección contra la discriminación basada en la raza, el sexo, la orientación sexual, la religión, la casta, la etnia o el origen nacional. En el trabajo, ser capaz de trabajar como un ser humano, haciendo uso de la razón práctica e ingresando en significativas relaciones de reconocimiento mutuo con los trabajadores.

- Otras especies. Ser capaz de vivir con cuidado por los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza y en relación con todo ello.

- Juego. Ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas, es decir tiempo de ocio o diversión.

- Control del propio entorno.

a) Político. Ser capaz de participar efectivamente en elecciones políticas que gobiernen la propia vida; tener el derecho de participación política, de protecciones de la libre expresión y asociación.

b) Material. Ser capaz de tener prioridad (tanto de la tierra como de bienes muebles), no sólo de manera formal sino en términos de real oportunidad; y tener derechos de propiedad sobre una base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar empleo sobre una base de igualdad con otros; no estar sujeto a registro e incautación de forma injustificada (pp. 120-123).

En suma, son estas capacidades las que van a posibilitar potencializar el desarrollo humano de las mujeres.

Las y los prestadores de servicios de salud, al mismo tiempo que son partícipes de recibir las herramientas que les permitan desarrollar estas capacidades, por ejemplo, a través de la dignificación de su práctica, del acceso a la educación, etc., se convierten en agentes capaces de posibilitar que las mujeres adquieran estas herramientas y capacidades que permitan su pleno desarrollo humano a través del acceso a la salud y en consecuencia a una vida digna.

En suma, desde esta perspectiva es importante entender que el desarrollo lo propician las personas y lo que estas movilizan para lograrlo y no variables de corte abstracto, impersonal y utilitarista, como las propias de las teorías de desarrollo económico.

Cabe aclarar que esta visión del desarrollo humano no excluye la importancia del crecimiento en términos económicos como elemento para alcanzar el desarrollo y bienestar de una sociedad; sino que rechaza que se vincule de manera automática y única el crecimiento económico con el desarrollo. Claro está que el crecimiento económico contribuye al mejoramiento del capital social y capital humano que desemboca en una mejor economía. Sin embargo, es imprescindible que los gobiernos diseñen e implementen políticas públicas más inclusivas orientadas a la ampliación de las potencialidades y opciones de las personas.

#### ***4.1.1. El acceso a la salud como elemento del desarrollo***

Retomando las aportaciones de Sen (2000a y 2000b) y Nussbaum (2002), se puede inferir, entonces, que la salud representa un medio fundamental para ampliar las libertades y capacidades de las que disfrutan o pueden disfrutar los miembros de una sociedad, tanto más si se trata de la salud SyR. Pues específicamente esta área

de la salud da la posibilidad de que las personas puedan movilizar sus funcionamientos y capacidades para la elección de aquello que les resulta adecuado para su vida y que de alguna manera les proporciona libertad, en este caso, la libertad de decidir ejercer o no el rol de la maternidad.

La ausencia de libertades para las personas está estrechamente relacionada con la falta de acceso a servicios públicos y de asistencia social. Se incurre, pues, en una total violación a estas libertades, específicamente las civiles y políticas, cuando se imponen restricciones a la posibilidad de elegir de las personas. Así mismo, no posibilitar el desarrollo de la capacidad de salud, mengua la posibilidad de desarrollar todas las demás capacidades humanas para el desarrollo, como plantea Nussbaum (2002).

Es por lo anterior que resulta pertinente enmarcar la problemática de estudio en las aportaciones de Sen (2000a y 2000b) y Nussbaum (2002), pues el aborto, al ser una práctica con una carga cultural mayoritariamente negativa y colmada de estigma y tabú ha sido objeto de diversas restricciones a nivel institucional que derivan en políticas públicas restrictivas que limitan la libertad de las mujeres que necesitan o eligen no vivir un embarazo ni ejercer la maternidad en determinado momento de su vida por diversas circunstancias.

Según Sen (2000a), el acceso a la libertad es fundamental por dos razones. Primeramente, por una cuestión evaluativa, que tiene que ver con evaluar el progreso de las personas tomando en cuenta si estas mejoran o no. Y, en segundo lugar, una cuestión efectiva, es decir, que la consecución del desarrollo quede a merced de la libre elección de las personas. En este sentido, el libre albedrío emerge como elemento constitutivo del desarrollo humano.

En suma, no basta con garantizar los medios para que las personas tengan acceso a ciertos bienes y servicios, sino que es necesario que estos estén pensados y diseñados en función de lo que cada persona necesita. Ejemplo de esto es que los

mismos derechos humanos, como garantías individuales, establecen que no deberán someterse a ningún tipo de votación o consenso, pues las necesidades de las personas son específicas y no necesariamente se corresponden con lo que la mayoría aprueba.

Lo anterior, es decir, el que se legisle o se promuevan acciones en función de lo que se cree que la mayoría quiere o necesita, provoca que se dejen en el desamparo y se invisibilicen las necesidades de los grupos minoritarios, quienes históricamente han sido los más vulnerados. La negativa de muchos Estados a reconocer las libertades tanto políticas como civiles de las personas y la imposición de restricciones para su ejercicio es una completa violación a la libertad.

En el caso de las mujeres, que claro está, ya no representan un grupo minoritario, las representaciones sociales impregnadas de significados de corte patriarcal y machista, han posibilitado que sus necesidades se desdibujen ante otras que se consideran más importantes, como los conflictos políticos, culturales, la hambruna e incluso las cuestiones ambientales.

Diversos grupos, sobre todo los feministas han logrado que en todas estas luchas en las que las mujeres han sido invisibilizadas se pueda transversalizar la mirada de género y que sus necesidades no se desdibujen del todo, argumentando que cada problema social afecta de manera diferenciada a hombres y a mujeres y proponiendo alternativas para librar estas problemáticas.

La salud SyR, como se menciona en los primeros apartados de este trabajo, ha representado una de las principales luchas de las mujeres. Pues el hecho de poseer las cualidades biológicas para la reproducción las ha colocado en lugar idóneo para ser blanco de políticas públicas acordes a intereses de las clases dominantes, por lo que su capacidad de elegir queda a merced de lo que los gobiernos consideren que es lo ideal.

Si bien, el tema del aborto, desde un punto de vista de ejercicio de la libertad de decidir, está estrechamente relacionado con las visiones acerca del inicio de la vida humana, diversos estudios han dado forma a multiplicidad de instrumentos a nivel global que resuelven este dilema, argumentando, en su mayoría y con el respaldo de la bioética y biomédica, que la vida humana no está presente en un cigoto o embrión que no tiene la capacidad de sobrevivir fuera del útero materno; por otro lado, cuando no se resuelve este dilema desde las argumentaciones de la bioética y biomédica, los instrumentos internacionales instan a los estados a primar las necesidades inmediatas que dan pie a problemas más severos para las mujeres, como la muerte materna por abortos mal practicados, por sobre las concepciones que puedan tenerse respecto al estatus del no nacido.

La falta de libertades que no permiten el desarrollo humano, en términos de lo que propone Sen (2000), está relacionada directamente con la pobreza que limita las posibilidades de las personas de acceder a los servicios que satisfagan sus necesidades, tanto las más básicas como aquellas que les permitirán desarrollarse.

La salud cobra especial importancia, pues se relaciona directamente con la posibilidad de garantizar el bienestar de la esfera de ejercicio de autonomía y ciudadanía más inmediata de las personas, su cuerpo.

Por tanto, la idea de salud tradicionalmente entendida como la ausencia de enfermedad está siendo opacada por una idea más integral que entienda la salud como la posibilidad de generar bienestar en las personas a fin de propiciar condiciones para su desarrollo.

Una idea de la salud centrada en las personas va ganando terreno en algunas legislaciones e instrumentos internacionales. Este enfoque prima los derechos ciudadanos y la equidad social. En este sentido, el Estado se vuelve un actor fundamental, pues su tarea va a consistir en garantizar la salud a las y los

ciudadanos y, sobre todo, ejercer acciones a fin de reducir y erradicar las inequidades y exclusiones de cualquier tipo.

La construcción de un sistema de salud que busque el desarrollo social y humano necesariamente tiene que vincular a todos los actores de la sociedad, ya no únicamente a las instituciones sanitarias tradicionales y propiciar que la salud sea entendida como la búsqueda de la defensa y protección de todos los derechos ciudadanos. Esto lleva implícita la necesidad de que los programas de intervención sean diseñados transversalizando las cuestiones etarias, de clase, de raza y por supuesto, de género.

Según Matías (2007), la salud repercute en el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo y potencialización de las capacidades de elección. En suma, la salud tiene una función de unificadora de la calidad de vida y las capacidades de las personas

La Ley General de Salud de República Dominicana (2004) puede tomarse como un ejemplo de definición de salud que tiene una relación directa con la propuesta de Sen (2000a, 2000b, 2007 y 2010) de entenderla como elemento del desarrollo humano. En su artículo 2 establece que la salud es “un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo para el desarrollo humano” (p. 18).

Se puede observar, pues, cómo la idea de salud entendida como ausencia de enfermedad se va desdibujando de algunas legislaciones nacionales, para dar paso a perspectivas más integrales, como la que presenta la mencionada Ley que la entiendo como

íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del Sector Salud



y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones (2004, p. 18)

La definición de salud aplicable en México no dista mucho de la anterior, en este caso, la Ley General de Salud, reformada por última vez en enero de 2017, la define “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Establece además que dentro de sus finalidades se encuentran garantizar el bienestar mental y físico de las personas, con el fin de contribuir al pleno ejercicio de sus capacidades; prolongar y mejorar la calidad de la vida humana; proteger y acrecentar los valores los valores que permitan crear, conservar y disfrutar de condiciones de salir que contribuyan al desarrollo social; extender actitudes de responsabilidad y solidaridad de la población para preservar, conservar, mejorar y restaurar la salud; disfrutar de servicios de salud y de asistencia social orientadas a satisfacer de manera eficaz y oportuna las necesidades de la población; promover el conocimiento para aprovechar y utilizar de manera adecuada los servicios de salud; y finalmente, desarrollar la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Para el estado de Chiapas, la Ley General de Salud estatal homologa los lineamientos y finalidades de la federal, más no ofrece, explícitamente una definición de salud.

Puede observarse en las finalidades de la Ley General de Salud para México que vincula de alguna manera la idea de acceso a la salud con la de desarrollo, en este caso, desarrollo social.

Lo importante de hacer mención a los documentos anteriores es reflexionar acerca de en qué medida estos lineamientos establecidos en un instrumento oficial y de observancia nacional como el anteriormente mencionado son efectivos y realmente garantizan el acceso a las libertades en materia de salud que requieren las mujeres de la región de estudio.

A pesar de la existencia de instrumentos tanto de observancia internacional, como nacional y local que plantean el acceso a la salud como un elemento posibilitador del desarrollo humano, en México y Chiapas existen problemas que limitan las capacidades humanas y la calidad de vida de la población. Como los altos índices de muerte materna, que ubican a Chiapas en el primer lugar a nivel nacional con una tasa de 68.5 muertes por cada 100,000 nacimientos, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015); o la falta de protocolos claros y reglamentación para la prestación de servicios de salud como el aborto.

#### *4.1.2. El acceso a los conocimientos como elemento del desarrollo*

El acceso a los conocimientos se relaciona directamente con la posibilidad que tienen las personas de acceso a la educación.

En su mayoría, las propuestas de desarrollo incluyen el acceso a la educación como un elemento imprescindible. Para la propuesta planteada en este trabajo cabe hacer una precisión inicial.

Se entiende el acceso del personal que se encuentra al frente de los servicios de salud SyR a los conocimientos, como un detonador de desarrollo humano en la medida en que les provee de la preparación necesaria para garantizar servicios adecuados a toda la población, que a su vez verán resuelto en estos servicios el tema del acceso a la salud; pero también se entiende como posibilitador de desarrollo humano en la medida en que el propio personal posee la capacidad de acceso al libre conocimiento que se traducirá en una práctica profesional y humana más adecuada a las necesidades de otros.

En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 1992) plantea la educación y el conocimiento como ejes fundamentales de la transformación productiva con equidad. Podemos ver, entonces, que aún en

términos estrictamente económicos se asume el acceso a los conocimientos como imprescindible.

Desde los paradigmas de desarrollo económico, la educación y el acceso a los conocimientos son vistos como herramientas para la formación de capital humano, es decir, mano de obra necesaria para la producción y, en consecuencia, para el crecimiento económico de una sociedad.

En sus términos, el acceso a la educación y los conocimientos se respaldan en el derecho de todas las personas de acceder a los códigos de la modernidad. Esto implica que la población esté capacitada para comprender y manejar los códigos culturales básicos que plantean las transformaciones sociales. Se debe posibilitar que las personas posean los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para desenvolverse en la sociedad. Según la CEPAL (1992),

al referirse a la sociedad moderna se debe considerar que no se caracteriza sólo por la incorporación de la racionalidad instrumental y el progreso técnico, sino también por ser un conjunto orgánico de ciudadanos, capaz de reflexionar sobre sí mismos, de determinar sus demandas, de integrarse internamente, de responder a un entorno cambiante y de resolver problemas complejos (p. 146).

Trasladando las reflexiones anteriores al campo que nos atañe, tenemos que resulta preciso que el personal que presta servicios de salud se encuentre capacitado y preparado para enfrentar, responder y atender una problemática propia de los cambios de la sociedad moderna, como lo es la libre decisión sobre el cuerpo y lo que en él sucede.

Como se ha hecho mención en el apartado sobre los retos educativos modernos, la práctica del aborto, entendida desde el marco de los derechos humanos, ha ido ganando terreno en las últimas décadas gracias a los debates promovidos por los grupos feministas. Pero también responde a las cambiantes dinámicas globales que han repercutido en las ideas acerca de la familia.

Por un lado, las luchas de los grupos feministas por el reconocimiento del derecho a la libre decisión sobre el cuerpo y por el otro, y también en parte resultado de lo anterior, la inclusión de las mujeres al campo laboral y profesional, ha supuesto una notoria transformación de la organización de la institución familiar que impacta en la valoración de los roles tradicionales adjudicados a las mujeres, como es el de ser madre. La modernidad y sus transformaciones han traído consigo otras ideas que hacen ya no valorar tanto o no valorar el rol de la maternidad. Se observa que es una vivencia que las mujeres están aplazando o están decidiendo nunca ejercer y ante lo que la práctica del aborto se vuelve un medio para tal fin.

Ahora bien, desde la perspectiva del desarrollo se asume que la prestación de los servicios de salud SyR en la región de estudio no ha respondido a las necesidades de la población debido, en gran parte, a una deficiente formación del personal.

Puede inferirse, en este momento, que la problemática observada es resultado de un acceso inequitativo a los recursos de la modernidad, en cuanto a conocimientos médicos y legales que permitan al personal una práctica más adecuada. En términos llanos, esto no se debe a la falta de voluntad por sí misma del personal, sino a que sus condiciones de vida les han colocado en un espacio en el que no han tenido acceso a los medios educativos necesarios para atender de manera efectiva a las personas que requieren de sus servicios.

Lo anterior nos lleva al debate sobre las deficiencias generales en el sistema educativo mexicano, en el cual no se garantiza el acceso al libre conocimiento y se da prioridad a la economía y al desarrollo, dejando de lado el contexto de aplicación y sus necesidades más prioritarias de las personas.

Una deficiente formación profesional tendrá como consecuencia una deficiente prestación de servicios y un deficiente ejercicio de la profesión, afectando el desarrollo humano de las personas involucradas.

Según Morales (s.f.) debe verse a la educación e investigación

como condiciones irremplazables para el desarrollo y para un acceso equitativo a los bienes y derechos sociales; para ello, es importante considerar el acceso al conocimiento como un derecho social de uso colectivo mediante las instituciones y los medios que la Sociedad y el Estado han creado para facilitar su acceso y uso (p. 111).

En suma, debe verse a la educación y al acceso a los conocimientos como un derecho de todas las personas, fundamental e imprescindible para quienes los necesitan para garantizar los derechos de otras personas, como lo es el personal prestador de servicios de salud SyR de la región de estudio en relación a las usuarias de los mismos.

Las primeras revisiones documentales realizadas durante el proceso de investigación indicaron que al total del personal de primer nivel de atención que labora en las Jurisdicciones Sanitarias Regionales de Chiapas, se les brindaron 63 capacitaciones durante 3 años únicamente, sin especificar el número de personal al que fueron dirigidas, ni el tema abordado durante las mismas. Cabe hacer mención que las capacitaciones no fueron dirigidas a todo el personal ni en todas las jurisdicciones.

Lo anterior da una idea de lo necesario que resulta establecer mecanismos que por un lado primen la formación y la capacitación del personal como un derecho que garantizará derechos a otras personas, más que como un indicador al que hay que dar cumplimiento para responder a determinadas políticas públicas, pues se termina viendo a las oportunidades de educación como obligatorias e impuestas, más que como posibilidades de desarrollo humano individual y colectivo.

#### **4.2. Propuesta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco del desarrollo**

Gran parte de los análisis planteados en esta investigación, producto del acercamiento a través de las técnicas de acceso a la información y la revisión teórica

realizada, dan cuenta de que, en gran medida, el supuesto planteado al inicio de la misma acerca de que la ruptura entre la normativa que garantiza la prestación de servicios de ILE y la deficiente prestación de los servicios por parte del personal está directamente relacionada con los conocimientos y actitudes que estos poseen en relación a la práctica del aborto, tiene una respuesta positiva.

Ante ello, resulta conveniente ofrecer, desde esta mirada, una posibilidad de transformación que permita mejorar o hacer más accesible el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres de la región de estudio.

Evidentemente y como se ha planteado al inicio de este capítulo, esta propuesta tiene, necesariamente, que involucrar los conocimientos y actitudes del personal que presta los servicios.

Uno de los aspectos fundamentales que salieron a relucir en el análisis de la información tiene que ver con que el conocimiento acerca de la normativa favorece el que las y los prestadores de servicios se vean en la obligación de proporcionarlos; aunque esto no necesariamente esté acorde con sus posicionamientos personales. Sin embargo, centrarnos únicamente en la formación para el conocimiento de los recursos legales para la prestación de los servicios, sería limitado y aunque en cierta medida podrían favorecer el acceso a los servicios, es muy posible que no favorezcan la forma en la que se prestan dichos servicios, es decir, la relación jerárquica que existe entre el personal y las usuarias.

Es necesario, por tanto, buscar que los programas de formación del personal contemplen una serie de ejes transversales. Con esto y sin importar los contenidos abordados o propuestos en los programas de formación, seguramente se favorecería la forma en que el personal entiende su relación con las mujeres usuarias de los servicios y al mismo tiempo la mirada respecto de su propia práctica.

Una clave importante que deben considerar los programas de formación del personal tendría que contemplar una transformación de la relación desigual de

poder que limita el que las mujeres puedan ser vistas como ciudadanas y personas con la capacidad plena de decidir lo que ocurre en su vida y cuerpo; y al mismo tiempo como contribuyentes a quienes el personal tiene la obligación de brindarles un servicio que el Estado garantiza y el cual las usuarias pagan a través de sus impuestos o empleos remunerados. Pero también y por otro lado, tendría que contemplar el reconocimiento de la labor del personal prestador de servicios y la posibilidad de realizar su práctica en la mejor de las condiciones.

En suma, se propone que todos los programas dirigidos a formar al personal prestador de servicios de salud SyR contemplen los ejes que a continuación se explican.

#### ***4.2.1 Perspectiva de ciudadanía y derechos humanos***

En el apartado 2.1 de este documento se explicita la forma en que, desde la perspectiva de los derechos humanos se entiende la práctica del aborto.

Desde el campo de los derechos humanos se asume la práctica del aborto como parte de los mismos, debido a que la restricción en el acceso a este derecho estaría limitando y violentando el acceso a derechos humanos fundamentales como el derecho a la vida, a la salud, la igualdad, a la libertad, entre otros.

Sobre todo, en los países en vías de desarrollo o con altas tasas de pobreza en los que el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna, los principales instrumentos de derechos humanos instan a los países a garantizar el acceso al aborto legal y seguro.

Sin embargo, no resulta suficiente que el personal conozca los lineamientos, sino que reconozca la práctica del aborto como una posibilidad para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres.

Según Ramírez (2011) la ciudadanía es una acción ejercida por las personas en función de lo que el Estado pueda otorgarles, es decir, en la capacidad para hacer

efectivos los derechos y cumplir con las obligaciones, siempre y cuando el Estado nos provea de las condiciones básicas necesarias para hacerlo, dejaríamos de lado otras cuestiones que se realizan al margen de lo permisible. En este sentido, tanto la exigencia de parte de las mujeres, como la disposición del personal para garantizar los derechos estarían abonando al ejercicio ciudadano de ambos actores.

El ejercicio de esta práctica, como mencioné anteriormente, cuando es realizada con el pleno consentimiento y voluntad de la mujer, representa un eje fundamental en el ejercicio de su ciudadanía, aun con las limitantes que a nivel social se le presentan, pues además de que atañe a su salud, se ha convertido en un asunto de justicia social, ya que solo se está garantizando como derecho por parte del Estado a una parte de la población, dejando desprovistas al resto de las mujeres de la posibilidad de acceder a él, por lo que se ven orilladas a ejercerlo de manera clandestina, poniendo en riesgo su salud, su libertad y en muchos casos, su vida.

Y existe un ejercicio más profundo de la ciudadanía cuando se participa y se movilizan los recursos de los que se dispongan para denunciar esta situación, para hacerla visible como un problema de salud pública y sobre todo, cuando se busca incidir en políticas públicas que garanticen la práctica del aborto como un derecho, tal como ocurre con los movimientos ejercidos desde los feminismos.

Sin embargo, para un pleno ejercicio de la ciudadanía es urgente y necesario que el Estado reconozca y garantice el ejercicio de este derecho para todas las mujeres. Que proporcione las condiciones de seguridad y salud básicas para que la práctica del aborto no represente un peligro que atenta contra su vida, salud y libertad.

Incorporar esta perspectiva a los programas de formación equivaldría a reconocer a las mujeres como agentes con la posibilidad de tomar decisiones claras orientadas a su bienestar. Esto implica necesariamente incorporar otra de las perspectivas propuestas, la de género.



#### 4.2.2 *Perspectiva de género*

La perspectiva de género resulta fundamental al tratarse de un derecho exclusivamente dirigido a las mujeres y más aún cuando tiene relación con uno de los roles de género más encarnados socialmente que es el de la maternidad.

Esta perspectiva implica dotar de herramientas la personal para identificar las desigualdades que afectan exclusivamente a las mujeres por su condición de género y que se manifiestan de diversas formas, una de ellas, el trato que reciben del personal prestador de servicios de salud.

La incorporación de la categoría de género resulta fundamental en los programas de formación del personal, puesto que permite comprender desde los planos descriptivo, analítico y político las asignaciones que socialmente se realizan de manera diferenciada a los hombres y a las mujeres y de manera específica, cómo estas asignaciones sociales discriminan o ponen en situación de desigualdad a estas últimas.

Unos de los posicionamientos más trabajados en los manuales de intervención sobre derechos humanos plantean el enfoque de género partiendo de su diferenciación con el concepto de sexo. De esta manera se entiende como sexo todas aquellas características biológicas comunes social y culturalmente, llámense órganos sexuales, procesos hormonales, caracteres secundarios, etc.; mientras que género hace referencia a la forma en que esta diferencia biológica se va construyendo social y culturalmente.

En este sentido, incorporar la perspectiva o el enfoque de género dará la posibilidad de observar, comprender y en la medida de lo posible transformar aquellas determinantes sociales que derivan en desigualdades o formas de exclusión tanto sociales, como económicas, políticas y culturales. La adopción de esta perspectiva, que diversas autoras denominan “lentes violetas”, permite progresivamente ir apreciando la realidad desde un enfoque de igualdad y justicia.

Así mismo, estos denominados lentes violetas, favorecen no sólo la capacidad de ser agente de transformación de las desigualdades, sino que además implica reconocer a las mujeres y niñas como sujetos de derecho y promover acciones para su empoderamiento.

Una de las principales tensiones presentes cuando se incorpora el enfoque de género tiene que ver con las confusiones generadas entre la idea de igualdad y la de equidad, por lo que conviene aclarar que la perspectiva de igualdad ni implica, como comúnmente se piensa, considerar a los hombres y a las mujeres idénticos ni abogar por hacer cada vez más semejantes a las mujeres de los hombres. Sino que implica un trato igualitario en cuanto a la ausencia de discriminación y exclusión que afecta a las mujeres solo por el hecho de serlo.

Por su parte, la equidad es el principio ético de la igualdad, el cual implica emprender acciones específicas para cada género según sus necesidades y urgencias.

Según el Ministerio de Salud del Perú (2006) la incorporación de la perspectiva de género al ámbito de la salud se inició en la década de 1975 a 1985, cuando la Organización de las Naciones Unidas la declara la Década para la Mujer

en la cual se resaltó el rol de las mujeres en el desarrollo económico y social de sus países y comunidades, y la difícil situación de las mujeres de bajos ingresos en las economías del Tercer Mundo, desarrollándose el enfoque de Mujer en el Desarrollo (MED). Este enfoque identifica como valioso el aporte económico de las mujeres en la economía y hace énfasis en que la subordinación de las mujeres se debe a la exclusión de éstas en el mercado laboral; según esta premisa se impulsan proyectos que involucran únicamente a mujeres y tiende a considerarlas de manera aislada (p. 25).

Años más tarde se plantea la incorporación de la perspectiva de género como una posibilidad de acceso al desarrollo para las mujeres, el cual propone una crítica a la división sexual del trabajo y las desigualdades y exclusiones que de ella derivan y afectan en mayor medida a las mujeres. Su objetivo busca la equidad entre los géneros y la democracia participativa.

Es en esta etapa donde surgen dos conceptos acuñados por Moisiej (1989) que pueden ser aplicables para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud: las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas. Por una parte,

las necesidades prácticas son fácilmente identificables, pues se refieren a condiciones de carencia de medios y recursos para la subsistencia, por lo cual tienen que ver con la insatisfacción de necesidades básicas: vivienda, salud, educación, ingreso, etc. Estas necesidades derivan de los roles asignados por la sociedad (ser madre, esposa y ama de casa) (Ministerio de Salud del Perú, 2006, p. 25).

En este sentido, las acciones planeadas para subsanar las necesidades prácticas de las mujeres, tendrán el fin de acercar a las mujeres los medios para subsistir y tener acceso a los servicios de salud, llámense programas, caravanas, campañas, entre otros; sin embargo, no modifican las cuestiones estructurales y culturales que favorecen la desigualdad y que son el origen de dichas carencias y necesidades.

Por otra parte, encontramos las necesidades estratégicas, que van más allá y buscan precisamente atacar estas carencias estructurales que generan las desigualdades que afectan a las mujeres. Según el Ministerio de Salud del Perú (2006, p. 25),

Cuando se planifica sobre la base de las necesidades estratégicas (que están asociadas a la posición de subordinación o desventaja en que se encuentran las mujeres), propone alternativas de solución: eliminación de la división sexual del trabajo, la abolición de formas institucionales de discriminación como el derecho a la tenencia de la tierra, acceso al crédito, acceso a los servicios de salud, acceso a la educación, etc.

Como puede observarse, estas acciones son planificadas a mayor plazo y buscan favorecer el empoderamiento de las mujeres, entendido este como su capacidad de tomar decisiones autónomas y tener el control sobre sus propias vidas y cuerpos.

En los análisis presentados en el capítulo anterior se da cuenta de la forma en que las construcciones de género inciden, en este caso de manera negativa, en la prestación de servicios de salud. En este sentido, Gómez (1998) analiza algunas dimensiones en las que se manifiestan las inequidades de género en el ámbito de la salud para las mujeres en la Región de las Américas entre las que destacan las siguientes:

Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría. Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina durante las edades reproductivas en la región. La mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y la posición social de la mujer y reconocida como uno de los marcadores del compromiso de los Estados con el derecho a la salud (Ministerio de Salud del Perú, 2006, p. 27).

Esta conclusión da cuenta de que, en gran medida, las posibilidades de acceso al desarrollo humano a través de garantizar la salud de las mujeres, están determinadas fuertemente por las intencionalidades del sector salud, en este caso, de las y los prestadores de servicios, que poseen el poder de transformar dichas prácticas de manera que favorezcan el acceso a la salud para las mujeres.

Así mismo, otra de las dimensiones expuestas por Gómez (1998), plantea que

Frecuentemente se demuestra que las mujeres utilizan más los servicios de salud, lo que se interpreta erróneamente como una ventaja por desconocerse que ellas tienen mayor necesidad de los servicios de salud, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, su más alta morbilidad y su mayor longevidad (se estima que el 34% de la carga de enfermedad se debe a problemas de salud reproductiva).

Vemos cómo las condiciones biológicas de las mujeres y su capacidad reproductora las hacen acreedoras a la intención de los sistemas de salud de impulsar con mayor énfasis medidas que protejan y garanticen su salud.

Por tanto y en conclusión, la incorporación de la perspectiva de equidad de género en el ámbito de la salud supone promover la eliminación de las

desigualdades en cuanto al acceso a servicios de salud para las mujeres o entre mujeres pertenecientes a un estrato social medio-alto y las que viven en condiciones de pobreza; favorecer el acceso a los servicios atendiendo prioritariamente a las necesidades que la mujer expresa y no a las que el personal considera que es lo mejor para ella; y finalmente reconocer que las mujeres tienen mayor necesidad de acceder a los servicios de salud.

#### *4.2.3 Perspectiva intercultural*

Las características contextuales de la región de estudio, plantean la necesidad de reconocer que gran parte de la población de mujeres que estarían recurriendo a los servicios de salud sexual y reproductiva en los dos hospitales seleccionados tienen alguna pertenencia étnica.

Si bien, del personal colaborador, ninguno se auto adscribe como indígena, vale la pena considerar que, al prestar sus servicios en una región con alta población indígena, tendrían que poseer herramientas que les permitan establecer una relación de respeto y reconocimiento de la propia cosmovisión de las mujeres en esta condición, lo que permite concluir que, en estos casos, la relación prestador/a-usuaria sería de tipo intercultural.

En este sentido, los programas de formación del personal tendrían que considerar que cada sector ético posee su propia concepción acerca de la salud y la enfermedad.

En el caso del aborto, la evidencia empírica ha mostrado que hay una concepción diferente de esta práctica, por ejemplo, mientras las mujeres no indígenas plantean un discurso de pérdida al hablar de aborto como la expulsión del embrión, feto o producto de la gestación, algunas mujeres indígenas ven en el embarazo la ausencia de la menstruación, por lo que el aborto representa tomar medidas para que la menstruación regrese utilizando frases como “tomé un té para

que me bajara [la menstruación] de nuevo”, es decir, no utilizan un discurso de pérdida y por lo tanto, en ocasiones la práctica no conlleva toda la carga de estigma que lleva cuando se entiende de la primera forma.

Así mismo, la atención a mujeres indígenas supone reconocer que, en su mayoría, esta población en la región de estudio vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, lo que las hace más vulnerables a afectaciones en la salud, complicaciones en los embarazos que tengan que derivar en abortos inducidos, y violencia, incluida la sexual que muchas veces tienen como consecuencia embarazos no deseados.

Es importante, por tanto, no ignorar los modelos a partir de los cuales la población indígena vive el aborto.

Según García Canclini (2001), resulta complejo reconocer o identificar “lo que es propio y lo que es ajeno”. De igual manera, el personal prestador de servicios de salud posee una mezcla de diferentes culturas; generalmente nacen en un lugar, migran a otro para formarse y posteriormente migran a otros más para ejercer su práctica en diferentes regiones. Al mismo tiempo que ellos moldean a la población, la población y el contexto les moldean a ellos; por tanto, también requieren la incorporación de una forma intercultural de ver la realidad que es permita reconocer, respetar y negociar con la población de las regiones donde se encuentran.

Esta perspectiva intercultural en el ámbito de la salud implica buscar o construir estrategias conjuntas que les permitan prestar servicios de salud atendiendo y tomando en cuenta las diferencias culturales que se manifiestan en la región en cuestión, considerando a la población como actores sociales y ciudadanas.

## CONCLUSIONES

A lo largo de lo expuesto en esta tesis, queda claro que los conocimientos y las actitudes del personal prestador de servicios de salud SyR, mismos que dan forma a sus posicionamientos personales y orientan sus prácticas, determinan en gran medida la posibilidad de las mujeres de acceder a los servicios de ILE en la región de estudio.

Las instituciones sociales que orientan los posicionamientos de este personal son diversas y entran en juego de distinta manera según las circunstancias. La institución escolar, la religiosa y la jurídica, son las principales y de mayor peso que emergieron en el análisis de la información proporcionada por los colaboradores; sin embargo, estas están a su vez transversalizadas por una estructura cultural de género que refuerza aún más los mandatos desde los cuales se asume que la identidad femenina está estrechamente ligada al ejercicio de la maternidad, por lo que, toda práctica o situación que contravenga dicho mandato, será cuestionado o limitado en su desarrollo, como es el aborto y este caso, la prestación de servicios de ILE.

La institución escolar, por una parte, dota al personal de principios bioéticos respecto a la protección de la vida desde el momento de la fecundación, rechazando en el discurso toda práctica que atente contra esa labor. Los procesos formativos del personal, en su mayoría formados bajo la ciencia médica plantean únicamente la

perspectiva técnico instrumental de abordar el aborto, sin embargo prescinden de las dimensiones social y normativa, es decir, en su formación jamás se abordan las consideraciones del aborto como un asunto de salud pública o de acceso a la justicia social ni se analizan las determinantes culturales, sociales y económicas que orientan las motivaciones de las mujeres que optan por una interrupción, tampoco se abordan y analizan los instrumentos de política pública que, en caso de ser futuros servidores públicos les obligarían a prestar los servicios al margen de sus posicionamientos personales.

Podría concluirse además que existe un *habitus* profesional médico, que en palabras de Castro (2014) es de corte autoritario y “se gesta desde los años de formación en las escuelas de medicina, así como en la residencia y la especialización. Son elementos de este proceso las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico” (p. 1).

Este *habitus* profesional médico es reproducido por los/las colaboradores/as de la investigación a través de la relación que establecen con las usuarias. El personal traslada la relación prestador-enfermo/a a la atención de mujeres en situación de aborto, mismas que no se encuentran en las mismas condiciones de enfermedad que el resto de los pacientes y por tanto no requieren del nivel de tutela que el personal otorga a quien se encuentra física o mentalmente deshabilitado por determinada afectación. Las mujeres que acuden a solicitar servicios de ILE no están enfermas.

Aunado a esto, se deja entrever, desde un enfoque feminista, cómo la formación y posterior práctica del personal está cimentada sobre una base patriarcal que reproduce la idea de que las mujeres no poseen la capacidad de determinar de manera autónoma lo que ocurre en su vida y cuerpos.

Por su parte, la institución religiosa aporta al personal la idea de pecado y concepción a partir de la cuál significan de manera negativa la práctica del aborto. Sin embargo, también se observan casos en los que se resignifica la ideología



religiosa con el fin de favorecer a las mujeres, por ejemplo, al utilizar la posibilidad de libertad de conciencia para considerar que, aunque su pertenencia religiosa rechaza la práctica del aborto al considerarla un pecado, en ocasiones es un acto de humanidad brindar el servicio a las mujeres. De esta forma, el personal, aun asumiendo que es una acción no permitida, optan por participar de ella bajo la justificación de que es lo mejor para la mujer en cuestión.

Con base en los resultados obtenidos de la investigación realizada se concluye que esta flexibilidad que asume el personal para contravenir los mandatos religiosos tiene que ver con que las sanciones que pudieran llegar a atribuirles por romper las reglas son de corte simbólico, por ejemplo el castigo o la penitencia, es decir, esta contravención no representa una sanción o afectación de corte material, como sí ocurriría en el caso de romper con los mandatos que emanan de la institución jurídica, que representa otra más de las instituciones que orientan los posicionamientos del personal respecto a la práctica del aborto.

Finalmente, se observa que la institución jurídica es la que mayor peso adquirió como orientadora de las acciones del personal respecto a la prestación de servicios de ILE. Pudo observarse que, aun cuando se asumían con posicionamientos individuales contrarios a la práctica del aborto, el saber que la ley los obliga como prestadores de servicios de salud pública los orienta a prestar el servicio. Sin embargo, en este sentido no podría asumirse totalmente que el capacitar en el conocimiento de la normativa garantice el acceso a los servicios para las mujeres. Podría suponerse que, de conocer toda la normativa que garantice los servicios de ILE el personal brindaría el servicio, sin embargo, esto no transformaría la relación desigual que se establece entre estos y las usuarias, para ello, es necesario la incorporación de diversas perspectivas que permitan sensibilizar al personal y transformar la manea en la que significan a las usuarias de los servicios.

Por tanto, se proponen, en el capítulo 4 de este informe de investigación, tres perspectivas a partir de las cuales construir los programas de formación del personal, a saber: la perspectiva de ciudadanía y derechos humanos, la perspectiva de género y la perspectiva intercultural.

Se asume además que, desde la conjunción de estas perspectivas, se transformaría la relación que el personal establece con las usuarias, lo que las convierte en agentes del desarrollo humano, tanto a nivel individual, como social.

En este sentido, Boisier hace una recuperación de la idea de desarrollo en términos humanísticos, misma que se relaciona con las aportaciones de Sen (2000a, 2000b, 2007, 2010) y Nussbaum (2002) que plantea la posibilidad de generar condiciones de desarrollo a partir de la transformación del individuo en persona humana, en sus palabras,

el desarrollo es entendido como el logro de un contexto, medio, momentum, situación, entorno, o como quiera llamarse, que facilite la potenciación del ser humano para transformarse en persona humana, en su doble dimensión, biológica y espiritual, capaz, en esta última condición, de conocer y de amar. Esto significa reubicar el concepto de desarrollo en un marco constructivista, subjetivo e intersubjetivo, valorativo o axiológico, y, por cierto, endógeno, o sea, directamente dependiente de la autoconfianza colectiva en la capacidad para "inventar" recursos, movilizar los ya existentes y actuar de forma cooperativa y solidaria, desde el propio territorio (Boisier, 2003, en Boisier, 2009, p.124).

El que no se presten los servicios de manera oportuna y adecuada a quienes lo solicitan tiene que ver con los conocimientos y las actitudes que asume el personal en relación a la práctica del aborto y que son producto de sus procesos formativos en cada una de las instituciones sociales a las que pertenecen. El aborto es una práctica por demás sabido que está envuelta de una serie de debates tanto a nivel filosófico como social que ponen en tela de juicio la pertinencia de cada uno de los instrumentos que benefician su permisividad.

Lo anterior se ha considerado, en esta investigación, un problema que afecta el desarrollo de la región, al limitar las posibilidades de acceso a la salud pública para las mujeres, sobre todo, para las mujeres en situaciones económicas más vulnerables, pues son estas las que, por sus condiciones socio económicas de pobreza y pobreza extrema, quienes acuden a los servicios de salud pública a solicitar la atención gratuita, resultado de esto, se incurre también en un problema de injusticia social. Desde un enfoque constructivista, puede entenderse que si bien, existen instituciones sociales que constriñen las acciones de los individuos como las anteriormente mencionadas, también éstos tienen la capacidad de responder a esas estructuras que les constriñen de diversas formas, que pueden ser resistiendo o transformando.

En este sentido, todo el listado de instrumentos de política pública, producto de intenciones e intervenciones que se han realizado a nivel global con el fin de menguar las graves consecuencias en materia de salud pública que acarrea la práctica del aborto en condiciones clandestinas, así como los discursos de los organismos internacionales, que en general se decantan por la posibilidad de que los gobiernos establezcan legislaciones que permitan a las mujeres interrumpir los embarazos que no desean o que las ponen en riesgo, representan los elementos exógenos.

Mientras que, las acciones llevadas a cabo por el personal a nivel local y que están perjudicando el acceso a los servicios representa los elementos endógenos. Se asume entonces, que las posibilidades de desarrollo de la región, en lo que respecta al acceso a la salud pública y en consecuencia, al aumento de las libertades de las mujeres y de la justicia social, se subsanaría en gran medida si entre estos dos elementos, los exógenos y los endógenos, pudiera existir un equilibrio.

Desde el posicionamiento epistemológico constructivista al que se adhiere Boisier y que se retoma también para el desarrollo de esta investigación, se entiende

que las personas, en este caso, el personal que presta los servicios de ILE, no son un mero producto del ambiente o la estructura, pero tampoco son solamente una construcción de disposiciones internas e individuales, sino que son resultado de una interacción cotidiana y constante entre ambos elementos, que se manifiesta tanto en los aspectos cognitivos, como actitudinales, sociales y afectivos.

Por tanto, desde este enfoque, no podemos asumir que el conocimiento sea una copia de la realidad, sino una construcción que realizan las personas a partir de estructuras cognitivas previas y en determinado medio o contexto, y que tampoco es recibido de forma pasiva por las personas, sino que su construcción es activa y dinámica. Lo que da la posibilidad de intervención para la transformación.

La posibilidad de desarrollo endógeno que tiene la región de estudio, en los términos en que lo propone Boisier (2009), solo será posible de alcanzar en la medida en que vaya acompañada de la comprensión de las transformaciones en el plano identitario. Es decir, se debe ser consciente de las transformaciones ocurridas en las concepciones acerca de la vivencia del ser mujer en las que la maternidad, en ocasiones, ya no suele estar presente de las formas en que tradicionalmente se esperaban.

Desde un enfoque constructivista se puede concluir que el crecimiento económico de un territorio es resultado de su interacción con el entorno, o en otras palabras, con la estructura; mientras que el desarrollo del territorio, será resultado de la organización del propio sistema local, es decir, de los actores.

En este sentido, lo que corresponde como actores locales de un territorio es facilitar los medios para que las mujeres puedan ver resuelta la necesidad que tienen de interrumpir un embarazo por las razones que sean, pues esto derivará en un beneficio, en un primer momento a su salud corporal, pero también en un beneficio en su proyecto de vida que inevitablemente se verá reflejado en el desarrollo de la región a partir de las libertades que ellas posean y como apunta Nussbaum (2002),

en el aumento de sus capacidades centrales para el funcionamiento humano. Pues como afirma Boisier, “no hay ninguna receta que garantice el éxito en materia de desarrollo. Pero sí hay por lo menos dos afirmaciones ciertas: Si el desarrollo se encuentra en nuestro futuro, no será con las ideas del pasado que lo alcanzaremos; si el desarrollo es un producto de la propia comunidad, no serán otros, sino sus propios miembros quienes lo construyan” (1997, p. 28).

## ANEXO

---

---

## GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

### CATEGORIAS

#### DISPOSITIVOS DE PODER

**Institucionales** (Se refiere a los conocimientos, actitudes y prácticas que emanan de lineamientos oficiales de la institución de salud y que tienen que realizar).

- ¿Cuáles son los servicios de salud sexual y reproductiva que se prestan en el departamento de planificación familiar de esta jurisdicción sanitaria regional?
- Dentro de estos servicios, ¿se contempla el acceso a la interrupción del embarazo?
- ¿En qué situaciones presta dicho servicio a las mujeres que lo requieren/solicitan?
- ¿Cuál es el mecanismo o ruta que se sigue la institución para la prestación de este servicio?
- ¿Existe algún manual o protocolo de actuación para estos casos, ¿los conoce?
- ¿En su centro de trabajo cuenta con el apoyo material y humano necesario para atender a las mujeres en situación de aborto?
- ¿Ha enfrentado obstáculos de parte de la institución para prestar los servicios de aborto?
- ¿Cómo calificaría los servicios de aborto que presta su centro de trabajo?
- ¿Qué mecanismos, rutas y actitudes considera necesario mejorar en su centro de trabajo y por qué?

**Incardinados** (Se refiere a los conocimientos, actitudes y prácticas que asumen como propias pero que están influenciados por los dispositivos de poder institucionales)

- ¿Podría dar una definición acerca de esta práctica?
- ¿Cuándo, para usted, es pertinente/correcto prestar este servicio a las mujeres? Y ¿por qué?
- ¿Cuándo, para usted, no es pertinente/correcto prestar este servicio a las mujeres? Y ¿por qué?
- ¿Qué información le proporciona usted a una mujer que desea abortar como prestador/a del servicio?
- ¿Qué información le proporciona usted a una mujer que ha abortado como prestador/a del servicio?

### CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

**Formación** (Se refiere a los espacios y tiempos en los que conoció o se informó sobre aborto).

- Antes de ser prestador/a de servicios de salud, ¿había tenido alguna experiencia donde esta práctica estuviera presente? (si sí, ¿cómo fue?)
- Durante su formación profesional, ¿tuvo algún contacto con contenidos que abordaran este tema? (si sí, ¿cuáles?) (si no, ¿por qué cree que no fue así?)
- En su práctica como profesional de la salud, ¿ha recibido algún tipo de capacitación específica sobre este tema? (si sí, ¿cómo fue?) (si no, ¿por qué cree que no los contemplan?)
- ¿Cuáles instrumentos legales que tratan sobre la prestación de estos servicios conoce? ¿qué establece cada uno?
- ¿Ha buscado por su cuenta informarse más sobre este tema? ¿qué tipo de información?
- ¿Qué piensa de las personas que están a favor de esta práctica?
- ¿Qué piensa de las personas que están en contra de esta práctica?
- ¿Usted qué piensa del aborto?



- En su familia nuclear, ¿comparten la misma postura?
- Si practica o ha practicado alguna religión, ¿qué se piensa en ella sobre el aborto?
- ¿Se adhiere usted a esta postura de su religión? (si no, ¿qué retos ha enfrentado por no estar de acuerdo con su postura?)
- ¿Qué conflictos ha enfrentado por estar/no estar de acuerdo con esta práctica en su familia, iglesia y/o grupos sociales a los que pertenece?
- ¿De qué forma a solucionado o enfrentado dichos conflictos en su familia, iglesia y/o grupos sociales a los que pertenece?
- Valoraciones en torno al aborto  
(Se refiere a las decisiones sobre cómo actúan en casos concretos).
- Cuando una mujer acude con un aborto espontáneo que inició en su domicilio o en otro lugar, ¿qué acciones lleva a cabo para su atención?
- ¿Está usted de acuerdo con los lineamientos (implícitos o explícitos) que establece la institución sobre cómo actuar en estos casos?
- ¿Se ha enfrentado a un caso en el que considere que los lineamientos no son justos? Si sí, ¿cómo lo manejó?
- A lo largo de su historia laboral en este espacio, ¿ha tenido algún caso especial que tenga que ver con un aborto que recuerde?

- ¿Cuándo es pertinente dar aviso a las instancias de procuración de justicia (Ministerio Público) en el caso de una mujer en situación de aborto?

**A continuación se presentan algunos casos con los que se espera profundizar en las valoraciones del personal en casos concretos de mujeres en situación de aborto (Fuente: IUDOP, 2012, Encuesta de opiniones sobre el aborto terapéutico):**

¿Qué piensa usted sobre cómo se debería proceder en relación a las siguientes situaciones?

- \_Paty tiene 17 años y tiene relaciones sexuales por primera vez. Queda embarazada pero piensa que no está preparada para ser mamá y quiere seguir estudiando para tener una carrera.
- \_Juanita tiene 32 años, vive en una colonia muy pobre, su esposo la maltrata y toma mucho alcohol. Tiene 6 hijos, el mayor tiene 9 años y el menor un año. Juanita no puede pagar la comida ni la escuela de sus hijos y queda embarazada otra vez.
- \_Guadalupe tiene dos meses de embarazo cuando el doctor le dice que su bebé está creciendo fuera del útero. Si el embarazo continúa y el bebé sigue creciendo fuera del útero, Guadalupe podría morir.
- \_Érica es una niña de 11 años. Su tío la violó y quedó embarazada. Cuando la mamá de Érica se entera de lo que pasó, decide apoyar a su hija para que pueda tener un aborto seguro.
- \_Cecilia está embarazada por segunda vez. Cuando tiene tres meses de embarazo, el doctor le dice que su bebé no tiene cerebro. Por lo que le dice que el bebé va a nacer muerto o va a morirse pocas horas después de nacer.

## REFERENCIAS

- Alzugaray T., C. (2009) "La construcción de regiones: un acercamiento teórico inicial para su aplicación comparada a América Latina y el Caribe", en *CEPI Documento de trabajo No. 20*, diciembre, 2009. En [http://interamericanos.itam.mx/working\\_papers/20ALZUGARAY.pdf](http://interamericanos.itam.mx/working_papers/20ALZUGARAY.pdf)
- Aranda, J. (26 de abril de 2008). Despenalización del aborto en el DF, logro histórico de las mujeres: Leticia Bonifaz. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/04/26/index.php?section=capital&article=035n1cap>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Barrio, J. (s/f). *El derecho a la vida, base del estado de derecho*. En Suplemento especial sobre aborto. Es un ser humano, no una "opción". Consultado en abril de 2014, en <http://www.provida.es/valencia/separata%202.pdf>
- Boisier, S. (1997) *El vuelo de una cometa. Una metáfora para una teoría del desarrollo territorial* [versión electrónica]. *Eure*, XXIII (69), 7-29. Recuperado de <http://www.eure.cl/media/uploads/pdf/Doc0001.pdf>
- Boudeville, J. R. (1959). La región económica. *Económica*, 5. pp. 51-157. Disponible en [http://economica.econo.unlp.edu.ar/documentos/20090408042703PM\\_Economica\\_47.pdf](http://economica.econo.unlp.edu.ar/documentos/20090408042703PM_Economica_47.pdf)
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). *Ley General de Salud*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_081217.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf).
- Camejo, A. (2006). La epistemología constructivista en el contexto de la posmodernidad. *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 14(2), s.p.
- Carmona, J. (2006). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método en el campo de la psicología social*. Recuperado de file:///C:/Users/Zedxii/Downloads/401-1533-1-PB.pdf
- Castells, Manuel (1994). "Flujos, redes e identidades: una teoría crítica de la sociedad informacional", en *Nuevas perspectivas críticas en educación*, Barcelona: Paidós, pp. 15-53.
- Centro de Derechos Reproductivos. (2010). *Hoja informativa: Aborto y Derechos Humanos*. 15 marzo de 2015, Codajic. Recuperado de <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf>.
- Chacón, K, Madrigal, J. (2012). *En torno al diseño de los instrumentos*. En Díaz Ordaz, E. M. y Lara, F. (coords), *El protocolo de investigación. Enfoques, métodos y técnicas en ciencias sociales y humanas* (160-181). México: CeCol Editorial.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Montevideo: Autor.
- Conde, F. y Gabriel, C. (2002). *La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000*. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500011&script=sci_arttext)
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [CIPD] (2004). *Programa de Acción de El Cairo*. El Cairo: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Coombs, P. (1973). Hay que desarrollar la educación peri-escolar. *Perspectivas*, vol. 3, n°3. (1968): La crisis mundial de la educación, Península, Barcelona, 1978, 4a ed. (La publicación en lengua inglesa, 1968).
- Davini, M. (s.f.) *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. Recuperado de: <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dirca/mat/matbiblio/davini.pdf>
- Dibárbora, E. y Rossi, C. (1998). *La construcción de la identidad profesional en el sistema educativo y en el sistema prestador de la atención de salud*. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=216201&indexSearch=ID>
- Durkheim, E. (1975). *Educación y Sociología*. París, Francia: Península.

- Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C. [EGCTF] (2013). *Monitoreo de la instrumentación del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2007-2012*. México: Hélice.
- Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C. [EGCTF] (2010). *Experiencia de fiscalización de acceso, abasto y uso de métodos anticonceptivos. Análisis desde la sociedad civil 2007-2010*. México: Hélice.
- Eslava, D. (2002). *Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte*. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200007)
- Esteban, M. (1994). *Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico*. Recuperado de: [http://www.bizkaia.eus/fitxategiak/04/ondarea/Kobie/PDF/5/Kobie\\_7\\_Antrpologia\\_cultural\\_RELACIONES%20ENTRE%20FEMINISMO%20Y%20SISTEMA%20MEDICO-CIENTI.pdf](http://www.bizkaia.eus/fitxategiak/04/ondarea/Kobie/PDF/5/Kobie_7_Antrpologia_cultural_RELACIONES%20ENTRE%20FEMINISMO%20Y%20SISTEMA%20MEDICO-CIENTI.pdf)
- Esteban, M. (2003). *Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales*. Recuperado de: [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin\\_ECOS/10/Genero\\_y\\_cuidados.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf)
- Esteban, M. (2003). *El género como categoría analítica*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=915815>
- Facio, Alda (s.f.). *Feminismo, género y patriarcado*. Recuperado de: <http://centreantigona.uab.es/docs/articulos/Feminismo,%20g%C3%A9nero%20y%20patriarcado.%20Alda%20Facio.pdf>
- Fernández, L. (2006). *¿Cómo analizar datos cualitativos?* Ficha para investigadores. Sección de Recerca. Institut de Ciències de l'Educació, Butlletí LaRecerca: Universitat de Barcelona.
- Fraser, N. (1996). *Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género*. Recuperado de: [http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filopoli-1996-8-822568E8-D884-BC64-274D-3C464F9C410B&dsID=redistribucion\\_reconocimiento.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filopoli-1996-8-822568E8-D884-BC64-274D-3C464F9C410B&dsID=redistribucion_reconocimiento.pdf)
- Fraser, N. (2003). *¿De la disciplina hacia la flexibilización? Releyendo a Foucault bajo la sombra de la globalización*. Recuperado de: [http://www.miaulavirtual.com.mx/ciencias\\_sociales/Revista\\_UNAM/RevistaUnamPDF/RMCPYS-NUM%20187.pdf#page=13](http://www.miaulavirtual.com.mx/ciencias_sociales/Revista_UNAM/RevistaUnamPDF/RMCPYS-NUM%20187.pdf#page=13)
- Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de trabajo*. 4 (6), 83-100.
- Frenk, J. (2000). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica.

- Frenk, J. (s.f.). *La nueva salud pública*. Recuperado de: [https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la\\_nueva\\_salud\\_p25fablica.pdf](https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/la_nueva_salud_p25fablica.pdf)
- Frenk, J. y Gómez, O. (2007). *La globalización y la nueva salud pública*. Recuperado de: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342007000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342007000200011&script=sci_arttext)
- García Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. México, D.F.: Paidós mexicana, pp. 75-125.
- Giddens, A. (1995). "Tiempo, espacio y regionalización". En *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 143-175.
- Giménez, G. (2007). "Cultura, identidad y metropolitano global", en Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. México: CONACULTA, pp. 265-289.
- Ginsburg, L, Uribe, O. (1958) Significado del término "región". En *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 20, N° 3 (Sep.-Dec., 1958), pp. 781-789. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/3538253>
- González, F. (2004). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca*. Recuperado de: [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/470](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/470)
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. México: Impegraphic.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C. y Franco, A. (2006). *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800006&script=sci_arttext)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica [ENADID]*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016). *Morbilidad hospitalaria*. México: Autor.
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] (2010). *Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)*. México: Autor.
- IPAS (2012). *Textos de tratados, comités de monitoreo de tratados, relatores especiales, cortes de derechos humanos y comisiones de la ONU. En La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto en documentos del sistema internacional sobre los derechos humanos*. Recuperado de [file:///C:/Users/Zedxi/Downloads/IHRCOMPA3S12%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Zedxi/Downloads/IHRCOMPA3S12%20(2).pdf)

- Islas, O. (2008, enero 14). *Evolución del aborto en México*. *Boletín Mexicano de Derecho comparado*, 123, 1-6 pp.
- Jansen, H. (2012). La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social. *Paradigmas*, 4, 39-72.
- Juárez, F. y Gayet, C. (2005). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252005000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252005000300008&script=sci_arttext)
- Kawulich, Barbara B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 6(2), Art. 43, recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>.
- Lamas, M. (2007). *Género, desarrollo y feminismo en América Latina*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2872536>
- Lamas, M. (2009). *La despenalización del aborto en México*. Recuperado de: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/22841.pdf>
- London, S. y Formichella, M. El concepto de desarrollo de Sen y su vinculación con la Educación. *Economía y educación*. XI (17), 17-32.
- Marenales, E. (1996). *Educación formal, no formal e informal*. Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eduformal.pdf>
- Materán, A (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza* . 13 (2), 243-248.
- Mondragón, L. (2015). *Ética en la investigación psicosocial*. En Álvarez, J. y López, S. (coords), *Ensayos sobre ética de la salud*. Investigación (7-30). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Moscovici, S. (2002). *La representación social: un concepto perdido*. Recuperado de: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tallmosc.pdf>
- ONU-Mujeres (2017), Conferencias mundiales sobre la mujer, ONU, 2017. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>.
- Organización de los Estados Americanos [OEA] (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. Belém: Autor.
- Palacios, L. (1983). El concepto de región: la dimensión espacial de los procesos sociales. En *Revista Interamericana de Planificación*. Vol. XVII, N° 66, pp. 56-68, México
- Pastor, M. (2001). Orígenes y evolución del concepto de educación no formal. *Revista española de pedagogía*. LIX (220), 525-544.
- Pelazas, M. (2005). *La compleja tarea de comunicar una injusticia: el aborto*. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29799>

- Peñas, M. y Cárdenas, E. (s.f.). *Barreras judiciales al acceso al aborto legal: La intervención ilegítima de la justicia en casos de Aborto No Punible en Argentina*. Recuperado de: [http://webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-penas-ixjsyp\(2\).doc](http://webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/ponencias/ponencia-penas-ixjsyp(2).doc)
- Picardo, O. (Coord.) (2004). *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Educación*. El Salvador. Recuperado de <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Diccionario%20enciclopedico%20de%20Educacion.pdf>
- Pineau, P. (s.f.). ¿POR QUE TRIUNFÓ LA ESCUELA? o la modernidad dijo: "Esto es educación", y la escuela respondió: "Yo me ocupo". En *La escuela como máquina de educar. Tres escritos sobre un proyecto de la modernidad*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós, pp. 27-52.
- Piña, J. y Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, XXVI(106), 102-124.
- Pons, L. (2017). *Construcción de regiones*. Apunte preparado como introducción al Seminario.
- Pons, L., Cabrera, J. (2015). *El campo de los estudios regionales en Chiapas [apunte]*. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Procuraduría General de Justicia del Estado [PGJE] (2016). *Servicio de estadísticas*. Recuperado de: <http://www.pgje.chiapas.gob.mx/servicios/numerospgje/>
- Rionda, J. (2008). La economía regional en México: antecedentes. *El Cotidiano*, Vol. 23, Núm. 151, septiembre-octubre, 2008, pp. 103-106 Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco México. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=32511865014>.
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., Herrera, L. (julio-diciembre 2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV (2), 133-154.
- Rodríguez, G. (2012). *La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Salas, F. (2006). Las teorías de la Modernidad Reflexiva y de los Sistemas Sociales: aportes a la comprensión de las macrotendencias de la educación contemporánea. *Revista Educación* 30(2), 83-99. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/2231/2190>
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Barcelona: Mc Graw Hill.
- Santiago, R. (2012). *En torno a la estrategia metodológica*. En Díaz Ordaz, E. M. y Lara, F. (coords), *El protocolo de investigación. Enfoques, métodos y técnicas en ciencias sociales y humanas* (127-156). México: CeCol Editorial.



- Scavone, L. (coord.) (1999). *Género y salud en América Latina*. Costa Rica: Libro universitario Regional.
- Secretaría de Gobernación [SEGOB] (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. México: Autor.
- Secretaría de Salud [SS] (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. México: Autor.
- Secretaría de Salud [SS] (2017). *Jurisdicciones sanitarias del estado de Chiapas*. México: Autor.
- Sen, A. (2000a). *El desarrollo como libertad*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2899993.pdf>
- Sen, A. (2000b). *La salud en el desarrollo*. Recuperado de: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3248/mod\\_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad\\_3.1lp/ud31lp\\_salud-desarrollo.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3248/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.1lp/ud31lp_salud-desarrollo.pdf)
- Sen, A. (2007). *Identidad y violencia. La ilusión del destino*. Madrid: Katz, pp. 165-225.
- Sen, A. (2010) *Capital humano y capacidad humana*. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/16584/#sthash.0hPLD6Sy.dpuf>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *La entrevista en profundidad*. En *Introducción a los métodos cualitativos e investigación: la búsqueda de significados* (pp. 194-216) (3ª edición). Barcelona: Paidós Básica.
- Torrencilla, F. (2011). *Hacia un concepto de justicia social*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3932634.pdf>
- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Recuperado de: [https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead\\_M-conceptos\\_y\\_principios\\_de\\_equidad\\_en\\_salud\\_-\\_OPS\\_1991.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf)