



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Directora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 2020



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas” por Gilberto Jasso Padrón se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Directora: Dra. Yesica Yolanda Rangel

Flores

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 2020



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas” por Gilberto Jasso Padrón se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas”.

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Gilberto Jasso Padrón

Sinodales

Presidente

Firma

Secretaria

Firma

Vocal

Firma

San Luis Potosí, México.

Agosto 28, 202

RESUMEN

Objetivo: Analizar las perspectivas que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas y como estos permean en la práctica de la consejería en Planificación Familiar en este grupo específico. **Metodología:** Estudio cualitativo-interpretativo. Los informantes fueron: personal de salud que participa en la atención de mujeres diagnosticadas con enfermedades crónica en edad reproductiva, dentro de seis centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí. Se aplicaron entrevistas individuales y el análisis de las narrativas se llevó desde la propuesta de la Teoría Fundamentada. **Resultados:** El personal concibe la planificación familiar como una acción que se realiza para convencer, orientar, ofrecer, concientizar, controlar, para que las usuarias decidan el número de hijos que desean, además de una batalla. Clasifican a las usuarias como mujeres con enfermedad crónica que no acepta método y mujeres con enfermedad crónica que acepta método en la cual cada una de ellas tiene implicaciones para ser categorizada y brindar la consejería de forma diferenciada. En cuanto a la maternidad, ésta es clasificada dependiendo de los hijos de las usuarias y definida por personal de salud hombre, desde lo biológico y por el personal de salud mujer como una experiencia vivida a través del cuerpo. La sexualidad es clasificada desde las enfermedades de las usuarias y la edad, la primera se relaciona con “disminución” o con “asexualidad” y la segunda con una estrictión, siempre relacionadas desde la reproducción. **Conclusiones:** Existe poca reflexión sobre la sexualidad, maternidad y reproducción, así como de la planificación familiar en el personal de salud por lo que la consejería se basa en una serie de supuestos y estereotipos de género a partir de una serie de clasificación de las usuarias

Palabras clave: Personal de salud, sexualidad, reproducción y maternidad

ABSTRACT

Objective: To analyze the perspectives that health personnel have on women with chronic diseases regarding sexuality, reproduction and motherhood and how they permeate the practice of Family Planning counseling in this specific group. **Methodology:** Qualitative-interpretive study. The informants were: health personnel who participate in the care of women diagnosed with chronic diseases of reproductive age, within six urban health centers of the city of San Luis Potosí. Individual interviews were applied and the analysis of the narratives was carried out from the Grounded Theory proposal. **Results:** The staff conceives family planning as an action that is carried out to convince, guide, offer, raise awareness, control, so that the users decide the number of children they want, in addition to a battle. Users are classified as women

with a chronic disease who do not accept the method and women with a chronic disease who accept a method in which each of them has implications for being categorized and providing counseling in a differentiated way. Regarding motherhood, it is classified depending on the users' children and defined by male health personnel, from the biological point of view, and by female health personnel as an experience lived through the body. Sexuality is classified from the diseases of the users and age, the first is related to "decrease" or "asexuality" and the second to a stricture, always related to reproduction. **Conclusions:** There is little reflection on sexuality, motherhood and reproduction, as well as family planning in health personnel, so counseling is based on a series of assumptions and gender stereotypes based on a series of classification of users .

Keywords: Health personnel, sexuality, reproduction and maternity

Para todos los trabajadores de la salud
y su enorme lucha contra el Covid-19.

Para todas las mujeres, que luchan día a día
en diferentes trincheras para hacer valer sus derechos.

En memoria de Néstor Rodríguez Jasso. †

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y las facilidades otorgadas por la Jurisdicción Sanitaria Número 1, así como los centros de salud en los cuales pude realizar mi trabajo de campo. Por todo ello estoy infinitamente agradecido.

Dedico esta tesis a mi padre Maximino Jasso Badillo, a quien admiro y considero inalcanzable, un intelectual, un maestro de vida y un ejemplo para todos aquellos que tenemos la dicha de conocerlo. A mi madre Esteer Padrón Rincón, por todo su amor y preocupación a lo largo de mi educación.

A mis hermanos Ruth, Maximino, Augusto, David y Miguel, con quienes he compartido toda una vida llena de grandes momentos.

A la Dra. Yesica Yolanda Rangel, por todo el apoyo académico y anímico brindado a lo largo de la maestría, por guiarme metodológicamente, por su comprensión en momentos de crisis, principalmente durante el confinamiento por la pandemia. Le agradezco infinitamente sus observaciones y sus consejos.

A mis maestros; al Dr. Darío Gaytán y Dra. Verónica Gallegos, quienes son unas personas extraordinarias, les agradezco por siempre recibirme con una gran sonrisa y contar con ellos en todo momento, además de su grandioso conocimiento. Al Dr. Eduardo Ibarra, Dr. Héctor Gerardo, Dr. César, Dr. Pablo Villa, Dra. Maribel Cruz por sus enseñanzas. A la Dra. Urenda Queléztú por sus comentarios y observaciones y al Dr. Daniel Solís, por estar siempre pendiente de mí y contribuir en mi desarrollo académico y personal.

A todos mis compañeros y amigos de generación, con quienes aprendí muchísimas cosas. Gracias a ellos cambié muchas de mis creencias acerca de la salud pública y las ciencias en general, por todo su cariño y entusiasmo para afrontar este reto.

A mis amigos del *petit déjeuner*: Erasmo por toda su sabiduría en muchos aspectos y por las partidas de ajedrez entre clases, a Nadia por todas sus recomendaciones nutricionales, por compartir el gusto por la historia de la *Segunda Guerra Mundial* y su amistad, a Lore por sus interesantes charlas, su amabilidad y su gran amistad, a Mariel y a Adrián por estar conmigo siempre y brindarme por su valiosa amistad a lo largo de todo este trayecto, además de sus consejos en todos los aspectos de la vida, así como los profundos debates entablados en cualquier momento y lugar, literal.

A Estef, por todas las aventuras, por su valiosa amistad, por ser siempre compañera en los equipos de trabajo y por todas las locuras que nos ha tocado vivir, además de estar siempre

conmigo en momentos importantes y apoyarme. A Saseeka, ¡la ceilandesa más mexicana! También por las locuras y las aventuras, su amistad y apoyo.

A Rebe por su particular forma de ser, que me alegra tanto el día, a Melissa por su amistad y su forma de ver la vida, además de su sonrisa. A mi “hermana de risos” Jessica por ser tan positiva y dedicada. A Jaime por sus locuras y las serenatas. A Juan Manuel, por todas sus diabluras y bromas, sin duda gracias a él los momentos turbios se volvían relajados, cambió mi forma de ver muchas cosas y su ayuda en momentos importantes y sin olvidar su extremada memoria fotográfica que tanto envidio.

A Alma, Mari Ju, Ana y Armando por su compañía, pláticas sobre la vida y muchas más aventuras compartidas, no se diga en las sesiones del comité y los partidos de fútbol con la playera de la maestría. A Wendy y Claudia por todos sus consejos, su compañía y por compartir experiencias enriquecedoras tanto académicas como de la vida (en especial durante las sesiones del comité y las noches de plática en Xalapa). A Verónica y Carlos, por su apoyo y aclaraciones en momentos importantes, a Valentina por siempre contarme sus experiencias y ayudarme durante el trabajo de campo. A todos ustedes, amigos de la maestría, de verdad les aprecio de todo corazón y gracias por ser parte de mi vida.

A mis asistentes de investigación: Aurora Alonso y Denise futuras historiadoras; Mariam, futura filósofa y Fátima Galarza futura estudiante de medicina por ordenar mi agenda, mis archivos digitales y mis libros. A la Facultad de Estomatología por las distracciones y a los puestos de comida cerca de zona universitaria, porque simplemente uno no puede estudiar sin ellos y de los cuales tengo muchos recuerdos con mis compañeros y pláticas que se quedaron inconclusas por terminar el bocado. En especial el café de la Facultad de Ingeniería.

A mis amigos Martín, Juan Pablo y Luis; a mi grupo musical y el GJP, en especial a Sofía Mata, excelente amiga, compañera de viaje y alumna de laudería. A Evelyn Cacho por sus comentarios desde la enfermería. A Arely López, colega de música e inspiración. A la Antropóloga y súper amiga Rita Mora por todo, aunque esté lejos y siempre dejemos pendiente escribir un libro sobre Antropología visual y laudería, por alentarme siempre y emocionarse ahora cuando le hablo de salud pública y no sólo de antropología y Rock & Roll.

Por último, mi agradecimiento especial a todos los médicos y enfermeras que contribuyeron a este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	vii
AGRADECIMIENTOS.....	x
ÍNDICE	xii
ÍNDICE DE GRÁFICAS, TABLAS Y FIGURAS	xiii
INTRODUCCIÓN	1
I. JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antropología y salud.....	13
2.2. Planificación familiar y Muerte Materna (MM). Contexto nacional y estatal	14
2.3. El reconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos en la salud	18
2.4. Maternidad: la condición de la mujer, constructo histórico y de género	21
2.5. La interacción: el <i>habitus</i> médico, el discurso y la práctica de autoridad. Estudios cualitativos en el campo médico.....	24
2.6. Estudios sobre condiciones y perspectivas laborales de los prestadores de servicios de salud en México.	28
2.7. Marco Teórico- Metodológico	31
2.7.1 Perspectiva orientada al actor.....	31
2.7.2. Teoría Fundamentada	33
III. OBJETIVOS	36
IV. METODOLOGÍA.....	37
4.1 Tipo y diseño de estudio:	37
4.2 Selección del área de estudio	37
4.3 Selección de Informantes	40
4.4 Criterios de selección de informantes.....	40
4.5 Estrategias de selección de informantes (Muestreo)	41
4.6 Técnicas de recolección de información.....	41
4.7 Conceptos ordenadores.....	43
4.8 Procedimientos	48
4.9 Análisis de datos.	49

4.10 Criterios de calidad de la investigación cualitativa	52
4.11 Recursos humanos, materiales y financieros	53
V CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES	54
VI. RESULTADOS	59
VII. DISCUSIÓN.....	80
VIII. CONCLUSIONES Y APORTES.....	96
IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	99
X. BIBLIOGRAFÍA	102
XI. ANEXOS	119

ÍNDICE DE GRÁFICAS, TABLAS Y FIGURAS

Gráfica 1. "Defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012"	16
Gráfica 2. "Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018"	16
Gráfica 3. "Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018"	17

Imágenes

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio.....	39
Imagen 2. Formato de codificación.....	51
Imagen 3. Base de datos para análisis.....	52
Imagen 4. Asignación de folio	59
Imagen 5. Conexiones entre categorías y subcategorías	77

Tablas

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí.	39
Tabla 2. Elementos paralingüísticos para transcripción	50
Tabla 3. Características de los informantes	59
Tabla 4. Planificación Familiar	75
Tabla 5. Maternidad.....	76
Tabla 6. Sexualidad y reproducción.....	76
Tabla 7. Categorías y subcategorías	78

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es uno de los problemas de salud pública más relevantes tanto en el ámbito internacional como nacional. Reducir el número de casos de muerte asociada a los procesos reproductivos, requiere de constante vigilancia por parte de comités institucionales y observatorios de la sociedad civil que se involucren en el diseño de políticas y estrategias para su abordaje. La planificación familiar constituye una de las principales estrategias, –si no es que la más importante–, para combatir la muerte materna, principalmente porque posibilita evitar el embarazo en mujeres con alto riesgo reproductivo, o bien, logra retrasarlo para que las mujeres con situaciones crónicas de enfermedad, estén en las condiciones más estables posibles para soportar los retos fisiológicos que trae consigo la gestación.

Si bien es cierto que en México la razón de muerte materna pasó de 88.7 en 1990 a 38.2 en 2013, también lo es que no ha logrado cumplirse con la meta planteada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en materia de mortalidad materna, incluso para 2018, ésta bajó apenas a 35.4, considerando que el 5o. objetivo de Desarrollo del milenio busca reducirlo a 22.0⁽³⁹⁾

Hablar de muerte materna implica reconocer que las muertes asociadas a los procesos reproductivos tienen dos orígenes principales, por una parte, están aquellas muertes clasificadas como "*muertes maternas directas*" que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; por otro, están las enunciadas "*muertes maternas indirectas*" que son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo⁽⁹⁾

Gracias a las políticas y estrategias implementadas en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio, tanto a nivel nacional como estatal se ha logrado disminuir la

razón de "*muerte materna directa*", sin embargo, a la par de lo anterior hemos presenciado, –particularmente en el ámbito estatal–, un despunte en la razón de muerte materna indirecta. Este incremento en la muerte materna indirecta puede explicarse en parte, asociado a la transición epidemiológica que se está presentando en todo el mundo y particularmente en América Latina, donde las enfermedades crónicas, principalmente las metabólicas y cardiovasculares están al alza ⁽³⁹⁾. En San Luis Potosí, por ejemplo, para 2017 se reportó que las muertes maternas indirectas habían representado un 58.8 % de las muertes maternas en mujeres del estado. ⁽¹¹⁾

En México, *ser madre* tiene un valor más allá de lo biológico, pertenece a toda una estructura tejida histórica y culturalmente, en la cual, el rito de dar a luz a un hijo implica adquirir una identidad asociada al reconocimiento social, por la capacidad que tienen las madres para “abnegarse, sacrificarse y entregarse en el cuidado de los demás”, las madres en esta visión son necesarias, puesto que tienen una función social asociada totalmente a las potencialidades reproductivas de sus cuerpos. La maternidad o mejor dicho los *maternajes*, son aprendidos culturalmente e interiorizados y reafirmados en las mujeres desde su más temprana infancia. Las mujeres son pensadas como madres potenciales, y el parto es contemplado como un rito de transición para la identidad de mujer-madre, cargada de simbolismos que le dotan de un valor social que, aunque no le supone un beneficio real, le dota de un valor como ciudadana, pues ha sido capaz de dar hijos a la patria, además los ha cuidado y formado hasta que estos son autónomos y productivos para el Estado.

Desde este imaginario que circunda la maternidad, se identifica que asumir el riesgo ante la muerte materna está enmarcado también por la cultura, puesto que dentro de ésta se encuentra lo que define Lagarde (2015) como la condición de la mujer “*una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para los otros.*” ⁽²⁴⁾

La formación predominantemente biologicista en los recursos humanos en salud, complejiza el reconocimiento de lo antes mencionado, esto ha sido escrito ampliamente por Castro⁽²⁹⁾, quien señala que médicos y enfermeras visualizan el

riesgo reproductivo y la planificación familiar desde una mirada que poco incorpora la maternidad como función y *demanda social*, situación que deviene en una especie de “forcejeo” entre las perspectivas que sobre maternidad y reproducción tiene el personal de salud y las usuarias.

Este trabajo de tesis aporta resultados que ayudan en la comprensión del fenómeno de la muerte materna derivada de las enfermedades crónicas, llamada también "muerte materna indirecta", situándonos lejos de indicadores de causa y efecto sobre el riesgo, así como reconociendo que la complejidad de este tipo de muertes maternas está situada en el plano de la comunicación del riesgo, en la aceptabilidad del mismo y en la agencia que estas mujeres pueden desplegar para confrontarle; una serie de procesos que involucran tanto al personal de salud como a las usuarias, actores que se sitúan dentro de un escenario complejo en el que las mujeres y el personal se ubican en contextos diferenciados y poseen un bagaje cultural específico, lo que puede complicar la comunicación, la aceptación y la gestión frente al riesgo reproductivo.

Esta diferencia entre los marcos culturales, hace que el riesgo, la maternidad, la libertad de elegir, la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean percibidos bajo un lente que al carecer de perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad; no problematiza la decisión sobre asumir el riesgo en mujeres que cursan con enfermedades crónicas.

Esta tesis fue realizada con la intención de contribuir a la construcción de políticas públicas pensadas desde la interculturalidad, aclarando que, aunque se hable de mujeres y personal de salud de la capital de nuestro estado, la perspectiva sobre la problemática es distinta (derivado de contextos culturales ampliamente divergentes) y esto es también hablar de interculturalidad.

En cuanto al abordaje metodológico, este estudio hace uso de la entrevista, fundamentándose en un paradigma interpretativo (perspectiva centrada en el actor), en donde la riqueza de los datos surge de las interacciones (a nivel discursivo y simbólico).

El análisis de la información se hizo desde la propuesta de la teoría fundamentada, que no solo busca lo que dicen las personas sobre el problema sino la triangula,

mediante la observación de las prácticas y discursos tanto en el personal de salud como en mujeres con enfermedad crónica que asisten a la consejería de planificación familiar, ya que durante la consejería se vislumbran dichos discursos.

Este informe de tesis está integrado por el planteamiento del problema en el que se incluye a su vez la justificación, le sigue un marco teórico que incluye conceptos clave y los paradigmas que sustentan tanto lo teórico como en lo disciplinar, el abordaje del problema. Continúa con los objetivos planteados y las estrategias metodológicas para realizar el trabajo de campo, así como por las consideraciones éticas y legales de investigación en salud. Se reportan los resultados y se discute teóricamente sobre los mismos. Finalmente, se incluye un apartado en el que se recuperan las limitaciones del estudio y se hacen recomendaciones generales en función de lo identificado.

I. JUSTIFICACIÓN

En México el tema de la salud sexual y reproductiva tomó gran relevancia desde que se promulgó la Ley General de Población en 1974, que a su vez fue la principal generadora del Consejo Nacional de Población (CONAPO)⁽¹⁾, el surgimiento de esta institución y de las políticas públicas relacionadas con la reproducción humana, tuvo razón en la urgente necesidad de contener problemáticas derivadas de la sobrepoblación así como en la exigencia de impulsar estrategias de planificación familiar (de aquí en adelante PF) para regular la demografía creciente⁽²⁾. Es a partir del contexto antes descrito que sube a palestra el tema de la PF, entendiendo ésta en los términos que describe la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, como:

“Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.”⁽³⁾

Desde un enfoque de derechos humanos, cualquier persona tiene el derecho a decidir libremente cuantos hijos desea, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas. Según esta norma regulatoria, los servicios de salud dirigidos a la reproducción deben incluir una actuación científica fundamentada en la evaluación del riesgo reproductivo, que permita actuar a través de la orientación, consejería y hasta en la prescripción de medicamentos para reducir lo más posible el riesgo asociado a los procesos de gestación, parto y puerperio.

Lo anterior queda establecido en el punto 4.1.3 que describe que dichos servicios...

“Deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de

mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.” ⁽³⁾

Son las mujeres portadoras de riesgo reproductivo, el foco de este punto. ¿Pero qué se entiende por riesgo reproductivo? es preciso definirlo en términos científicos, pero también culturales, dado que es precisamente la ambigüedad del riesgo la que supone a quienes se dirigen las acciones y cómo se realizan éstas. Por ejemplo, se ha hecho referencia a las enfermedades crónicas (EC) como condicionantes de riesgo reproductivo, pero éstas sin embargo distan de una especificidad generalizable, por tanto, esta misma norma atribuye pocas garantías de acción en cuanto a la PF para las personas que desarrollan este tipo de enfermedades en edades reproductivas.

El interés de iniciar este planteamiento con leyes y normas en cuanto a la PF, radica en cómo se problematizan los derechos y las normas en salud, puesto que ayuda a comprender una mirada específica sobre el problema de interés. Éstas están atravesadas por el género, es decir simbolizaciones de la anatomía, productos de la cultura, que se hacen sobre lo que es “propio” de lo masculino y lo femenino ⁽⁴⁾, a pesar de que éstas mantengan estereotipos de género, pues como sabemos, el género es una construcción histórica y cultural por lo que las normas cargan con esta visión sobre lo “*propio*” de las mujeres, el interés por lo reproductivo, un significado biologicista del cuerpo.

En la NOM-005-SSA2-1993 se estipula el derecho a la salud reproductiva y sexual, pero ¿qué se ha dicho de la PF en mujeres con EC? La literatura habla principalmente de riesgos, desde lo biológico. Ejemplo de lo anterior es la siguiente afirmación de González et al ⁽⁵⁾ respecto a las EC durante el embarazo

“tienen una mayor probabilidad de provocar descompensación, debido a que la gestación constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los sistemas, lo cual trae efectos secundarios como son: la morbilidad materna y la mortalidad materna, perinatal o infantil” ⁽⁵⁾

Hablar de riesgo reproductivo implica reconocer a la existencia del riesgo obstétrico, el cual se traduce en muertes maternas. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan solo en el año 2015, hubo 303 000 muertes maternas ⁽⁶⁾ y sus informes indican que el 28% de éstas fueron derivadas de causas indirectas ⁽⁷⁾, en tanto el resto se asoció con hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional ^(8, 9).

En el ámbito nacional, la razón de muerte materna para el año 2018 según la Dirección general de Epidemiología fue de 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados ⁽¹⁰⁾. En San Luis Potosí, la muerte materna indirecta asociada a EC, representó en 2017 el 58.8%, traducido en casos, diez de las 17 muertes maternas suscitadas se dieron asociadas a una complicación derivada de padecer una EC ⁽¹¹⁾. El panorama es por más, desalentador, se prevé la muerte materna indirecta asociada a EC vaya en aumento, toda vez que la tendencia de este tipo de enfermedades va al alza, según resultados de la ENSANUT, la diabetes incrementó su prevalencia en mujeres en edad reproductiva en los últimos años, en 2012 fue 9.2% y se estima que para el 2030 aumentará de 12 a 18% ⁽¹²⁾. En cuanto a la hipertensión arterial, se informa que afecta al 34.3% de la población de 20 a 69 años ⁽¹³⁾.

Es preciso por otra parte, discutir sobre la ambigüedad moral y legislativa que mantiene en la práctica el derecho reproductivo, puesto que en nuestro país como en muchos de América Latina este derecho se limita de manera específica al derecho de decidir *ser* madre y no al derecho a no serlo, ejemplo de esto es que en el territorio mexicano, –con excepción de la Ciudad de México–, el aborto está penalizado, pese a que continúa documentándose la demanda insatisfecha en materia de anticoncepción ⁽¹⁴⁾.

Haciendo una recapitulación de como el marco legal y normativo, aborda el tema d planificar la familia, encontramos la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual en su artículo 16 declara que no existe “restricción alguna para casarse y fundar una familia” ⁽¹⁵⁾, de manera específica dentro de las leyes de nuestro país, la Constitución Política ⁽¹⁶⁾ en su artículo 4o indica que “Toda persona tiene derecho a

decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. La Ley General de Salud ⁽¹⁶⁾, señala en el capítulo V, artículo 61 que la atención materno-infantil tiene carácter “prioritario” y las acciones en la materia más importantes, incluyen: “I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y III. La promoción de la integración y del bienestar familiar”.

El hecho de que la atención materno-infantil sea una prioridad dentro de la Ley General de Salud, impone como una de los más importantes objetivos sanitarios la reducción de la muerte materna (descrita en el artículo 62).

En el contexto antes señalado, hablar de cómo el personal de salud aborda el riesgo preconcepcional¹ en mujeres diagnosticadas con una EC resulta relevante, particularmente cuando existen estudios que muestran que intervenir oportunamente reduce los riesgos de muerte materna-infantil y el uso de cesáreas ⁽¹⁹⁾. Aunque la muerte perinatal se vincula con múltiples factores, ha mostrado relacionarse íntimamente con la presencia de Enfermedades Crónicas ⁽²⁰⁾.

Algunos autores señalan que aun cuando se trata de enfermedades no modificables, el personal sanitario puede emprender acciones que aminoren los riesgos, aunque reconocen que uno de los principales obstáculos para hacerlo, radica principalmente en la ausencia de tamizajes rutinarios que permitan detectar las enfermedades crónicas de manera oportuna, lo que conlleva a que no exista oportunidad para comunicar de forma temprana el riesgo pre-concepcional:

“Subestimar la baja frecuencia relativa de la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos como problemas de salud durante el embarazo es un fracaso, pues estas enfermedades entrañan graves complicaciones maternas, fetales o ambas (...), que en la mayoría de los casos, pudiera diagnosticarse previo al embarazo de realizarse una pesquisa activa en las mujeres de edad fértil

¹ Definida por Hierrezuelo Rojas et al ⁽¹⁸⁾ et al como “la probabilidad que tiene una mujer no gestante o su producto de sufrir daño, si se involucrara en el proceso reproductivo (...) dada por factores condicionantes, enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio; su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada.”

supuestamente sanas con deseos manifiesto de tener un hijo en el futuro inmediato. De esta forma se reafirma la importancia de este conocimiento para la elaboración de planes concretos de intervención preconcepcional, con el objetivo de disminuir los peligros durante el embarazo, entre los cuales tanto la diabetes mellitus como la hipertensión implican un alto riesgo, incluso de muerte materna.” (21)

El reto principal radique quizá, en el hecho de que, en la sociedad actual, los indicadores de muerte materna, constituyen los factores riesgo, por esa razón, las políticas en materia de salud reproductiva se han centrado en la vigilancia prenatal, la atención materna y la vigilancia de la morbilidad perinatal ⁽²²⁾, y notoriamente menos en la comunicación del riesgo preconcepcional. Ejemplo de lo anterior es que la mayoría de los estudios realizados en torno al estudio de la mortalidad materna centran su interés en los determinantes de la salud que afectan el acceso de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto a la atención médica e institucionalizada del embarazo, parto y puerperio ⁽²³⁾, lo que es insuficiente para problematizar el fenómeno de las muertes maternas en toda su complejidad, y hace necesario cuestionar el cómo se está percibiendo el riesgo obstétrico en las mujeres, cómo se está comunicando por parte del personal de salud, y finalmente, cómo la consejería en Planificación Familiar, está contribuyendo al desarrollo de agencia reproductiva en las mujeres para confrontar el riesgo.

En función de todo lo antes descrito, nos cuestionamos cómo son los imaginarios y representaciones que tiene el personal de salud sobre la reproducción, la maternidad y la PF, si continúa vigente la tendencia a biologizar y patologizar una necesidad humana irrenunciable, como es la sexualidad; y si continúan contemplando el embarazo como condición biológica "propia de la naturaleza", sin problematizar que la maternidad emerge como un constructo histórico-social, que diferencia socialmente a las mujeres de los varones (dentro de un sistema patriarcal)⁽²⁴⁾. Nos preguntamos si el personal da cuenta que el *ser* madre se instituye como un mandato de cumplir un “rol social” que configura una identidad, pero, sobre todo, que el ser madre (aunque esto pueda costar la vida) es un deseo que, aunque encarnado en los cuerpos de las mujeres, es en

realidad un deseo e incluso una exigencia colectiva y social que ha perdurado a través del tiempo en la sociedad ⁽²⁵⁾.

Ser madre implica, como ya se había comentado con anterioridad “un rol” dentro de la sociedad patriarcal, un deber ser, “lo propio y natural de la mujer”, resultado de una apropiación de ese rol de género, incluso, el trabajo remunerado es opcional, “deciden renunciar a sus deseos personales de desarrollo profesional o laboral, optando por “sacrificarse” en beneficio de sus hijo/as” ⁽²⁶⁾.

Dentro de la sociedad actual, existe una expectativa alta de ser madre, incluye la educación de sus hijos y ser una trabajadora ejemplar, que, dentro de los imaginarios sociales, “expone una imagen de mujer que sirve como espejo para que las mujeres se culpabilicen, se vean o imaginen en una condición altamente exigente que estructura la vida cotidiana” ⁽²⁷⁾. El no cumplir con la noción de “crianza y reproducción” que sujeta el ser y al deber ser de la mujer, sigue siendo una transgresión ⁽²⁸⁾ y es un infortunio frente a las altas expectativas de la sociedad y las familias.

Con todo este panorama se entiende que las decisiones sobre asumir la maternidad no ocurren de manera puramente autónoma en las mujeres, sino que existe toda una cultura sobre la maternidad, y específicamente la mexicana, que predispone en gran medida dicha decisión, no es un asunto individual, existe una *demand social* ⁽²⁹⁾, así como un “*deber ser*” frente a todo discurso médico, por lo que las mujeres con EC, también, incorporando el contexto, se ven obligadas para asumir los riesgos de la maternidad.

Comunicar el riesgo se traduce entonces en un reto que implica para el personal médico, dejar de entender la reproducción como un asunto puramente biológico y reconocerle también como un proceso social que, al estar inmerso en la cotidianidad de las personas, adquiere un sentido simbólico particular. Los imaginarios sobre la maternidad se encuentran enraizados en la cultura y es a través de estos que se configuran la realidad para las mujeres en relación a la reproducción, la gestión del riesgo que las mujeres son capaces de asumir deriva no de un pensamiento propio

sino de una serie de imaginarios compartidos colectivamente sobre lo que es maternidad, el autocuidado “deriva no exclusivamente de los discursos de comunicación del riesgo, sino principalmente de las representaciones y experiencias de vida que los sujetos han tenido con la amenaza.” (30)

Tal como indica la Norma Oficial, se tiene el derecho de reproducción y salud sexual, pero ¿Qué sucede cuando el discurso de la medicina hegemónica se instaure sobre los cuerpos y las sexualidades de las mujeres sin una perspectiva de género, de derechos humanos y de interculturalidad? ¿Es posible controlar estos cuerpos para que no se embaracen? ¿Es esto ético y legal? Las mujeres no deberían perder su derecho a ser autónomas sobre sus cuerpos y sus trayectorias reproductivas, sin embargo tampoco deberían perder la vida derivado de lo anterior, esto obliga a la construcción de evidencia que permita incidir en esta problemática desde nuevas perspectivas, más humanas y respetuosas de los derechos humanos, las cuales actualmente no existen, evidencia de ello es que, la Norma Oficial Mexicana NOM- 005-SSA2-1993 hace más énfasis en el control, planificación y medicalización dirigidas principalmente sobre las mujeres, sin establecer corresponsabilidades a los cuerpos de sus parejas (30), lo que hace pensar que las perspectivas sanitarias están encaminadas exclusivamente en la colocación de dispositivos anticonceptivos y no en una real consejería reproductiva.

Como se había hecho mención, las prácticas sanitarias pertenecen a un sistema de pensamientos regulados por la cultura, que a su vez generan imaginarios sobre la enfermedad y la sexualidad, tal como lo afirma Loraine Ledón (32)

“La imagen de sexualidad que construyen los sujetos con estas enfermedades, y que refuerza la perspectiva biomédica más tradicional, continúa partiendo de un enfoque normativo ("la" sexualidad), fragmentado (en fases, aspectos, disfunciones), despojado de sus vínculos con lo psico- socio-cultural, y que eclipsa la gran relevancia de los aspectos vinculares y de intercambio humano presentes en cada expresión sexual. Su resultado: un "saber" restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos” (32)

Desde este sistema de pensamientos, la enfermedad posiciona a la usuaria en una situación lejana, y a su sexualidad en ese contexto como si ésta estuviera ausente, su cuerpo carente de funcionalidad ⁽³²⁾

El análisis antropológico de la salud implica poner en escena a los sistemas de creencias sobre la salud que a su vez derivan en prácticas para reestablecerla o preservarla. El concepto de salud, desde la antropología, es parte de un sistema de pensamientos con significados específicos, no sólo en cuanto discurso sino en prácticas, que a su vez son históricamente determinadas. La atención dentro de la PF, es parte de la cultura de las prácticas del personal de salud, forman parte de un control sobre la vida sexual y reproductiva de las usuarias, como se había planeado con anterioridad, muy poco se dice de las EC. El riesgo modula la prevención, pero también puede afectar los derechos a la vida sexual de las personas que padecen estas enfermedades.

En función de lo antes problematizado, resultó pertinente plantear las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los imaginarios que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas, en San Luis Potosí?

¿Cómo es que estos imaginarios permean en la consejería de planificación familiar?

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antropología y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁽³³⁾, para la Antropología², la salud es entendida desde la cultura, ya que ésta determina la relación existente entre salud-enfermedad- atención en la cual *“cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica[...] Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud.”*⁽³⁴⁾ En ese tenor, al hablar sobre maternidad, salud sexual, reproductiva y derechos, lo cultural juega un papel muy importante puesto que la cultura moldea las percepciones que tienen los distintos actores de la sociedad, en nuestro caso el personal de salud y las usuarias diagnosticadas con EC.

Es principalmente la disciplina de la Antropología la que ha estudiado la cultura en las distintas sociedades en el mundo. Existen múltiples definiciones de la cultura, desde la más clásica definida como *“un conjunto de actividades y productos materiales y espirituales que distinguen a una sociedad determinada de otra”*⁽³⁵⁾. Sin embargo, en esta investigación, el concepto de cultura propuesto por Philp Kottak⁽³⁶⁾ es contemplado como el más adecuado, puesto que al investigar una visión particular sobre la PF en mujeres con diagnóstico de EC en el personal de salud, existe un juicio de valor (no bueno, no malo) que guía las prácticas y discursos.

“Las culturas no se componen sólo de las actividades económicas dominantes y sus patrones sociales, sino también por los conjuntos de valores, ideas, símbolos y juicios. Las culturas capacitan a sus miembros para compartir ciertos rasgos personales. Es decir, un conjunto de características centrales o valores fundamentales (valores clave, básicos o centrales) que integran cada cultura y ayudan a distinguirla de otras”⁽³⁶⁾

² Ciencia que estudia la diversidad humana.

El Antropólogo Clifford Geertz ⁽³⁷⁾, en su libro *La interpretación de las culturas*, propone que la cultura es densa, es decir que ocurre como un contexto en el cual suceden fenómenos que deben de interpretarse, y que por lo tanto *“el análisis de la cultura ha de ser (...), no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones”* ⁽³⁷⁾. Estos conceptos se relacionan desde luego, con lo propuesto por Eduardo Menéndez desde la Antropología Médica, donde los procesos de salud-enfermedad y atención- prevención *“constituyen una de las áreas de la vida colectiva donde las sociedades y sujetos han constituido y usado más representaciones, prácticas, relaciones, rituales, significaciones”* ⁽³⁸⁾

A lo largo de esta investigación es a través del estudio de campo, que se describen representaciones del contexto cultural que guían las perspectivas del personal de salud en cuanto a la PF de mujeres con EC.

2.2. Planificación familiar y Muerte Materna (MM). Contexto nacional y estatal

Como se ha problematizado con anterioridad, la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 ⁽³⁾, estipula que toda persona tiene la libertad de decidir el número de hijos que desee, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas, por lo que a pesar de que existan riesgos reproductivos, si es el deseo y derecho de la mujer asumir el riesgo, esta puede ampararse por ley, que en su punto 4.1.3 describe que *“toda persona en edad reproductiva, debe recibir atención, consejería y hasta prescripción de medicamentos para con este fin reducir los riesgos que se asocian a los procesos de gestación, parto y puerperio”*.⁽³⁾

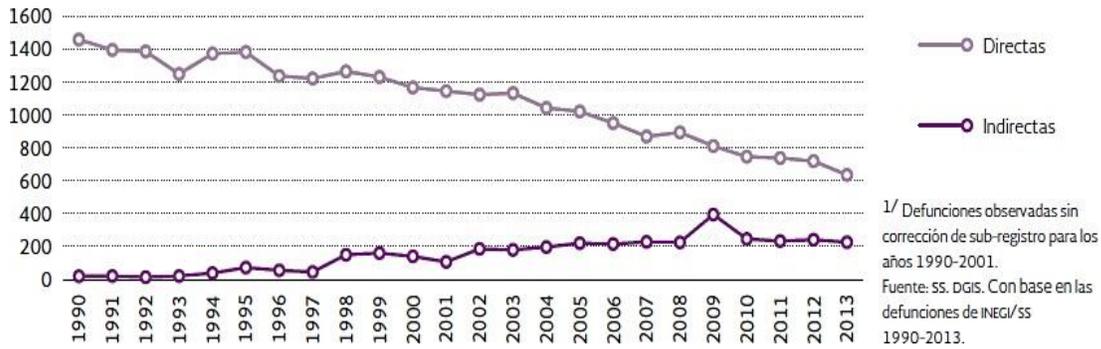
En materia de riesgo reproductivo, nuestro país no ha logrado reducir la Muerte Materna de acuerdo con los Objetivos del Desarrollo del Milenio ⁽³⁹⁾, planteados desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El informe de avances publicado en 2015, menciona que la Razón de Muerte Materna pasó de 88.7 en 1990 a 38.2 en 2013, pero no logró superar la meta que era de 22. 2 defunciones por cada 100 mil

nacidos vivos. Para el año 2018, la Dirección General de Epidemiología ⁽¹⁰⁾ estimó una RMM de 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, con una reducción del 11.9 de puntos porcentuales con relación al 2017, aun con todo esto continúa sin llegar a la meta propuesta por los ODM (la cual se planteó en 22).

Sin embargo, a medida en que se reduce la MM por causas directas (Gráfica 1), se ha mostrado una tendencia a incrementar la mortalidad materna por causas indirectas, esto asociado a la denominada transición epidemiológica. La importancia de reflexionar y actuar sobre la tendencia anteriormente descrita radica principalmente en que se prevé que las EC vayan en aumento y consecuentemente, también un potencial incremento en las tasas de mortalidad materna asociadas a causas indirectas. Para ejemplificar lo anterior, téngase en cuenta que, aunque la diabetes en 2012 registró una prevalencia de 9.2%, existen proyecciones epidemiológicas que estiman que para el 2030 aumentará de 12 a 18% ⁽¹²⁾. En cuanto a la hipertensión arterial, se informa que actualmente afecta al 34.3% de la población de 20 a 69 años ⁽¹³⁾, con una tendencia a incrementarse.

En la siguiente gráfica puede apreciarse como en el periodo 1990-2013 se observó un decremento en las defunciones maternas asociadas a causas directas, sin embargo, lo contrario ocurrió con las causas obstétricas indirectas, esta situación puede llegar a pasar inadvertida, puesto que continúan prevaleciendo las causas directas en el ámbito nacional, sin embargo, de mantenerse la tendencia se impondría como un importante problema de salud pública, puesto que las muertes maternas asociadas a enfermedades crónicas son altamente prevenibles, actuando anticipadamente en el riesgo reproductivo de este grupo particular de mujeres.

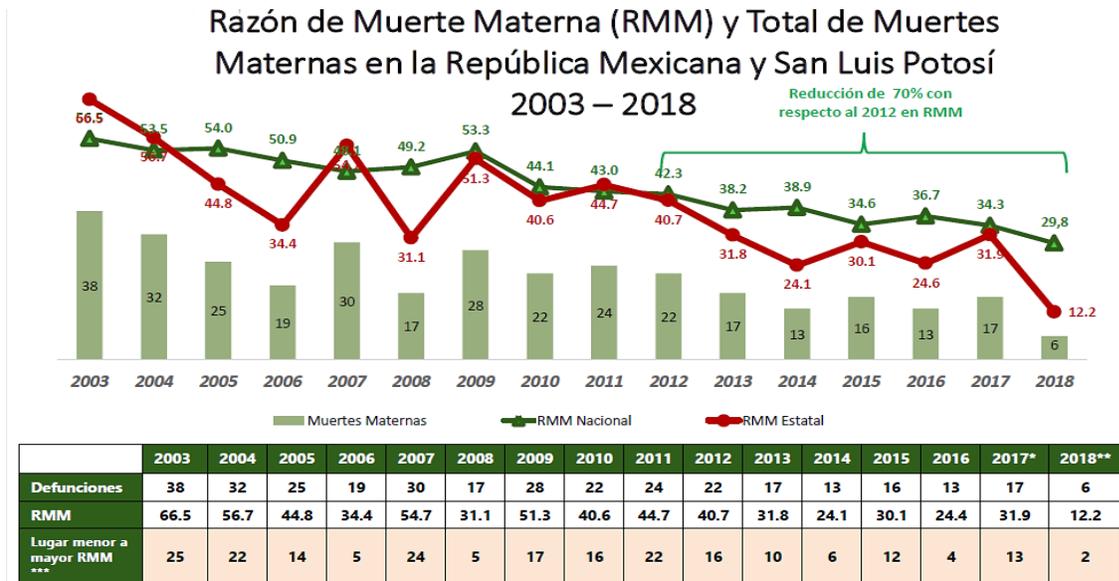
Gráfica 1. "Defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012"



Fuente: Informe de Avances de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México 2000-2015, pp. 46

En San Luis Potosí, según el mismo informe ⁽³⁹⁾, la disminución de la RMM fue de 56.5 en 2003 a 12.2 en 2018, lo que muestra una notoria mejor tendencia que la nacional.

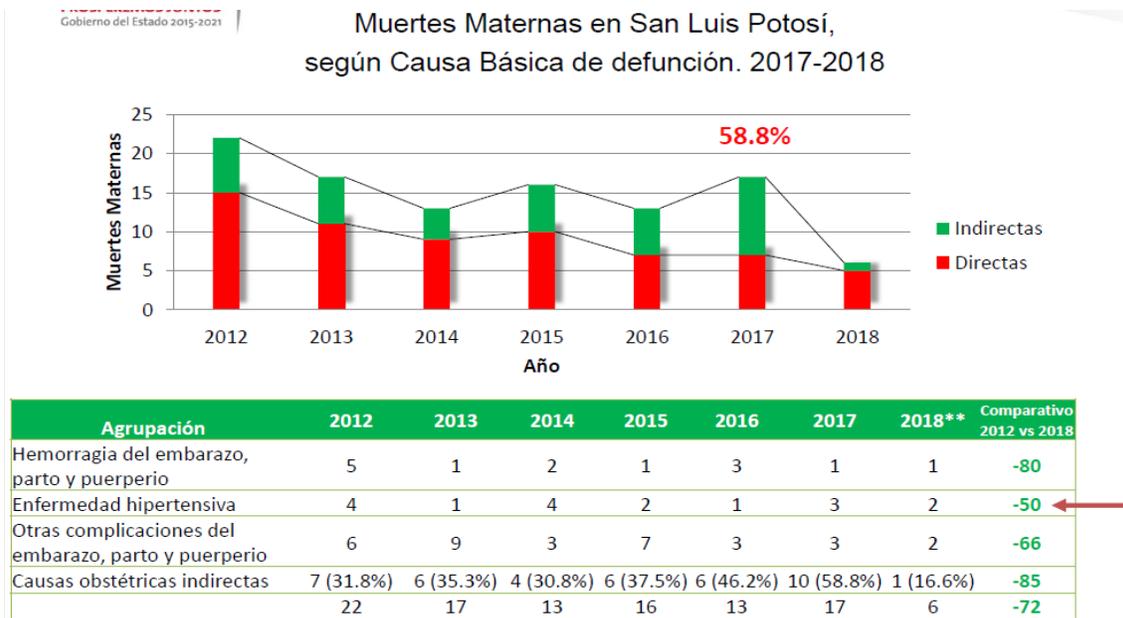
Gráfica 2. "Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018"



Fuente: Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de 2018

Sin embargo, en la gráfica 3 puede observarse la complejidad que la MM adquiere en el estado, donde de manera paulatina, las muertes asociadas a causas indirectas van ganando terreno en 2017, incluso rebasando las causas directas

Gráfica 3. “Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018”



Fuente: Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí y Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de 2018

Es en este contexto epidemiológico donde surge la reflexión sobre qué se ha hecho con la población de mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas, ya que las gráficas no sólo muestran indicadores, sino que hay que entender que éstos pertenecen a contextos históricos y socioculturales muy específicos, que poco se han reflexionado. Esta población está colocada en una situación de vulnerabilidad, en donde incluso se tiene un estigma sobre el tema, llegando a asignarse culpas a las madres de su propia muerte, y surgen frases como “se mueren porque quieren”³.

³ Frase recuperada de un médico, en una entrevista informal durante el “9º Foro de salud, protección social y bienestar” celebrado el miércoles 21 de noviembre de 2018 en el Palacio Municipal del estado de S.LP.

Incluso hay estudios de observación etnográfica en donde se hace evidente el culpabilizar a la madre sobre la seguridad de su hijo por no “cooperar” durante el parto⁽⁵⁸⁾. Es el personal de salud, la población a estudiar, sus discursos y prácticas pertenecen a un sistema, el cual reproduce una visión particular sobre sus pacientes y ese es el foco de este estudio. Además, no sólo busca incluir a esta población, sino a las mujeres que son diagnosticadas con enfermedades crónicas ya que al analizar la interacción que surge durante la consejería de planificación familiar necesariamente se conocerá una parte de la perspectiva sobre las mujeres que no se debe descartar.

2.3. El reconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos en la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 16 declara que no existe “*restricción alguna para casarse y fundar una familia*”⁽¹⁵⁾. En nuestro país, el artículo 4º constitucional indica que “*Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos*”⁽¹⁶⁾, de aquí la importancia de la comunicación de riesgos de manera en la atención pregestacional, entendida cómo:

“un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la gestación, en el primero o en un nuevo embarazo y permitir la continuación, con una intervención oportuna, diseñadas para optimizar la efectividad y exitosamente implementadas para modificar factores de riesgo antes del embarazo y reducir la probabilidad de los efectos nocivos para la mujer, el feto y el recién nacido a través de la prevención y la gestión, lo que implica: a) la evaluación de riesgos (plan de vida reproductiva, intervalo intergenésico antecedentes de embarazos pasados, los antecedentes médicos e historial quirúrgico, adicciones, obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 1, medicamentos y alergias, antecedentes familiares y genéticos, la historia social, evaluación de comportamiento y nutrición, salud mental, depresión y pruebas de laboratorio), b) estilo de vida (la familia, la capacidad

de recuperación del estrés, ambiente laboral, la preparación nutricional, inmunidad, y medio ambiente sano), y c) las intervenciones médicas y psicosociales (individualizados para riesgos identificados, como infertilidad, anticoncepción, alteraciones genéticas o congénitas y referir a servicios de prevención y atención primaria y especializada).” ⁽⁴⁰⁾

Estas leyes buscan no vulnerar el derecho de elegir ser madre (mucho menos el de no serlo, esto se ha discutido ya en el apartado de justificación). La Ley General de Salud ⁽⁴¹⁾, señala en el capítulo V, artículo 61 que la atención materno-infantil tiene carácter “prioritario” y cuyas acciones que nos interesan son “I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y III. La promoción de la integración y del bienestar familiar” ⁽⁴¹⁾. Por lo que la atención materno-infantil al ser una prioridad dentro de la Ley General de Salud, así como la reducción de la muerte materna, que se describe en el artículo 62, indicando que los servicios de salud “*se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes*” ⁽⁴¹⁾ En este contexto legal, el derecho de decidir ser madre no debe de ser una restricción desde normativas de servicios de salud, pero sí una problemática que debe de investigarse a profundidad por los comités para adoptar medidas que aminoren el riesgo obstétrico.

Aun cuando el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 en su línea de acción la 1.1.5 contempla “*Identificar oportunamente riesgos en el embarazo para la referencia oportuna a la evaluación especializada y contra referencia efectiva*” ⁽⁴⁰⁾, lo que sin duda es importante para reducir la MM y que se ha visualizado en otros países ⁽¹⁹⁾. Por su parte, el Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018⁽⁴²⁾, en su línea de acción 2.3.3 enuncia de manera literal la pertinencia de “*Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo reproductivo*” ⁽⁴²⁾ argumentando de antemano el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y respetando la libre decisión.

“La población de nuestro país es muy diversa en cuanto a sus manifestaciones culturales y a la sociedad en que se desarrollan, lo que ha generado grandes brechas en la prestación de servicios de salud reproductiva, particularmente en los estados del sur del país, en comunidades indígenas y en población en situación de desventaja social (personas con discapacidad, mujeres con alto riesgo obstétrico, entre otras). Para favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de esta población se requiere impulsar acciones que den respuesta a sus necesidades particulares con enfoque intercultural, incluyendo la capacitación del personal de salud, de líderes sociales y traductores. Se busca con ello promover un acercamiento e interacción intercultural entre población y prestadores de servicios, que permita mejorar la calidad de los servicios con pleno respeto a la dignidad y a la libre decisión de las personas”

(42)

En este contexto, aun cuando se habla de prevención de estos embarazos por el alto riesgo que representan, no se habla de las medidas que deben incorporarse para la monitorización de aquellas mujeres que, colocadas en riesgo, deciden de manera legítima (con base a sus derechos sexuales y reproductivos) quedar embarazadas, tampoco se habla del compromiso del Estado por procurar condiciones de servicio médico que posibilite proteger su derecho sin que esto les cueste la vida.

Aunque existan estudios que midan la eficiencia de la calidad en cuanto a la atención en enfermería con mujeres en riesgo ⁽⁴³⁾, aun con todo esto la acción en cuanto a PF son intervenciones sobre las mujeres, y no sobre las parejas, cuyo concepto debería de ser el de “pareja de riesgo” ⁽⁴⁴⁾ donde se logre incidir de mejor forma en la planeación incluyendo a los hombres ^(44, 45) desde la perspectiva de género, es decir buscando mejorar la equidad ⁽⁴⁷⁾ tal como el objetivo número tres de dicho programa de acción. Además de la atención preconcepcional, hay quienes recomiendan realizar educación terapéutica para prevención de riesgos ⁽⁴⁸⁾.

2.4. Maternidad: la condición de la mujer, constructo histórico y de género

Para entender la maternidad lejos de una visión biologicista, se debe tener en cuenta la perspectiva de género, ya que para esta investigación es pertinente visualizar las relaciones de poder del vínculo personal de salud-mujer con EC, y éstas que se encuentran atravesadas por imaginarios asociados al género, éste es definido como

“un conjunto de prácticas, ideas y discursos que especifican papeles, tareas y sentimientos “propios” de unas y “propios” de otros. A este sistema de códigos sobre lo masculino (lo “propio” de los hombres) y lo femenino (lo “propio” de las mujeres) los científicos sociales lo llaman género. (4)

La distinción “naturalizada” (también simbolizada), entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del varón, genera lo que Martha Lamas categoriza como “lo propio” de lo femenino y masculino dentro de cada cultura, ya que la cultura *“marca a los sexos con el género y éste marca todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.”* Generando marcos de referencia que da estructura a la percepción sobre el otro, en nuestro caso mujeres con EC, y forma una *“organización material de toda la vida social”*.

Por su parte Marcela Lagarde ⁽²⁴⁾ desde una perspectiva histórico-antropológica de género y particularmente en búsqueda de una antropología de la mujer, ofrece dos categorías importantes para un análisis desde la perspectiva de género, una es la *condición de la mujer*, la cual es construida históricamente y es opuesta a la “naturaleza femenina” es decir atribuciones que le da la sociedad a lo “propio” de la sexualidad femenina, y la situación de las mujeres que implica la “existencia concreta de las mujeres particulares a partir de sus condiciones reales de vida” es decir la relación de mujeres con la sociedad, lo político, las condiciones de clase, de etnia y el acceso a los bienes. Desde la *situación de las mujeres*, se incluye el acceso y la atención en los servicios de salud.

La maternidad para esta autora está inscrita en la condición de la mujer pues por medio de ella, que su cuerpo, se “naturaliza” y se designa como “esencia de la mujer”. Algo que ya Franca Basaglia había descrito como “*cuerpo-para-otros*” pues ante la sociedad cumple con la función de reproducción social, y por esa razón se ha naturalizado “su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña porque sólo existe como objeto para *otros*, o en función de *otros*” ⁽⁴⁹⁾, esto incluye también la particular forma de percibir el cuerpo femenino desde la atención a la salud.

La maternidad aparece entonces como un concepto multideterminado desde lo normativo, lo histórico, lo discursivo, las clases sociales que constituye un imaginario “complejo y poderoso” ⁽⁵⁰⁾.

Al entender que la maternidad es un constructo social, éste supone:

“la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hij@s —y que éstas mismas se autoaplican—. ⁽⁵⁰⁾

Dentro de toda esta estructura que se teje históricamente, y cuyos discursos son reproducidos y encarnados en los sujetos, posibilita la incorporación de modelos, como:

“El modelo de madre, sensible, abnegada y sacrificada está íntimamente vinculado con la esencia de la feminidad, marcado por el imaginario colectivo y

la construcción de la subjetividad que conlleva a valores y modelos que representan socialmente a las mujeres-madres dentro de las estructuras sociales y de poder.”⁽⁵¹⁾

El parto, es un *ritual de paso*⁴, en el cual las mujeres adquieren un nuevo estatus, el de *mujer-madre*, que la reintegra a la sociedad, en otra categoría ideal dentro de los imaginarios de ésta misma⁽⁵²⁾. Dentro de este tenor, el ser madre incorpora a la mujer en la condición de “adulto” se asocia con la madurez,⁽²⁵⁾ Es así que “la mujer mexicana, no se considera a sí misma –ni es considerada por los demás- como una mujer que haya alcanzado su realización si no ha sido fecunda en hijos y si no la ilumina el halo de la maternidad”, es por eso que la maternidad es tan anhelada y las mujeres deciden ser madres, aunque esto lleve implícito un alto riesgo de muerte.⁽⁵³⁾

La mujer ha incorporado debido a una condicionante cultural, una serie de mitos sobre la maternidad que se han naturalizado en nuestra sociedad, y son englobados de la siguiente manera por Oakley⁽⁵⁴⁾: 1) “*Todas las mujeres desean ser madres*”. 2) “*Todas las mujeres necesitan a sus hijos o hijas*”. Y 3) “*Todos los hijos e hijas necesitan a sus madres*”. Lo que presenta una especie de interacción o biombo “necesario” en donde se expresa una obligatoriedad sobre el cuidado y crianza, y que esto genera una clasificación cuando no se cumple con dicha obligatoriedad que es ser “mala madre” o “buena madre” que como comenta Mancilla Guerrero aun esta “naturaleza” está condicionada por los estereotipos de género, que formulan una lógica-práctica sobre la maternidad.

En el plano religioso, que moldea lo moral y lo existencial, así como los comportamientos, la organización social y el parentesco, se encuentra en nuestro contexto la religión católica. Hablar históricamente del cómo se instituye toda una cosmovisión sobre la maternidad desde esta religión, no es el tema central de este trabajo, sin embargo, ésta constituye una perspectiva fehaciente de un modelo a seguir, sobre la maternidad y el ser mujer. Se tiene registro de la participación de la

⁴ El autor maneja el concepto clásico de *rito de paso* de Van Gennep que analiza el ritual bajo tres fases: la de separación, margen o limen y agregación a un *nuevo lugar* en el orden social.

Iglesia Católica en la instauración del día de la madre, bajo esta misma lógica, donde se “*habrán de copiar sus valores morales*”⁽⁵⁵⁾ No por nada, el término maternidad (maternitas) aparece en el siglo XII, cuya finalidad era el de pregonar el culto mariano⁽⁵⁰⁾. Esta ideología, “apuntala y reproduce a través de diversos dispositivos que propagan la producción de los estereotipos y las imágenes del ideal de la maternidad, las representaciones sociales en torno a ella que, aparentemente son aceptadas de manera convencional”⁽⁵⁰⁾.

Las virtudes de la madre mexicana, son equiparadas desde el mito, a las de la Virgen de Guadalupe, como bien lo afirma Marta Lamas “el mito de la madre es el mito de la omnipotencia materna surgida del amor incondicional, de la abnegación absoluta y del sacrificio”⁽⁵⁵⁾ cuya configuración genera un “marco de significados de lo femenino” totalmente interiorizado⁽⁵⁷⁾

Lagarde, incluye una categoría muy interesante, que es la de *cautiverio*, un estado de las mujeres bajo el sistema patriarcal. El cautiverio “define políticamente a las mujeres, se concreta en la relación específica de las mujeres con el poder, y se caracteriza por la privación de la libertad, por la opresión”⁽²⁴⁾ la privación reside en la falta de autonomía, libertad, independencia y decidir sobre su cuerpo y sobre su vida, es así que la maternidad está atravesada por esta condición de cautiverio, clasificándolo además como el cautiverio de la *materno-conyugalidad*, es decir el de la madre esposa, término que acuña para describir al grupo de mujeres de nuestra sociedad que mantienen dependencia hacia otros, por medio de la maternidad (procrear) y la dependencia hacia otro por medio de lo conyugal. De esta forma la sexualidad de la mujer es reducida a la reproducción social.

2.5. La interacción: el *habitus* médico, el discurso y la práctica de autoridad. Estudios cualitativos en el campo médico

En el tema de los servicios de salud sobre planificación familiar analizado desde estudios cualitativos específicos es limitado. Resalta lo escrito por Roberto Castro & Joaquina Erviti⁽⁵⁸⁾ y que funge como conceptos clave para un análisis de la realidad

sobre el comportamiento del personal de salud, quienes pertenecen a lo que se denomina *campo médico*, que abarca un conjunto de instituciones y sectores, actores de la salud que “*mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria.*”⁽⁵⁸⁾

El autor resalta también, principalmente influenciado por la sociología de Pierre Bourdieu, lo que denomina como el *habitus médico*, definido como “*el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación [...] de las estructuras objetivas del campo médico [...] es la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas*” ⁽⁵⁸⁾. A la par del desarrollo de un currículum de materias de la escuela de medicina, existe otro extra oficial, el *currículum oculto*, un conjunto de reglas, valores, estrategias, prácticas, e interiorizaciones gestadas durante la formación universitaria y que dan lugar a las predisposiciones de carácter jerárquico y autoritario. Éstas se interiorizan y funcionan como reproductor del *habitus médico*, puesto que se recrea en la cotidianidad de los días de servicio, el internado y la práctica profesional.

Es así como la educación médica “funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años [...] convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica” ⁽⁵⁸⁾. Por lo que este *habitus* dirige la acción de los actores (personal de salud) y sus pensamientos lo que a su vez genera todo un imaginario sobre los usuarios y guía las prácticas terapéuticas, se formula y “*organiza la realidad en términos médicos y se definen, de manera idealizada, modos de interactuar con ella, delimitando las diferentes áreas de intervención*” ⁽⁵⁹⁾.

Lorraine Ledón Llanes ⁽³²⁾ profundiza sobre la complejidad del trabajo del personal médico que debe incidir en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y menciona que las dificultades sexuales o el cese de éstas, acarrearán alteraciones psicosociales en las personas con enfermedades crónicas,

“Está bien documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas (fallo renal crónico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer). Su influencia puede ser "directa" sobre la función sexual, pero también "indirecta", a través de la modificación de los patrones de interacción, de la autoimagen, del sentido de autonomía, y de la producción de manifestaciones físicas como la fatiga, la astenia y el dolor.” ⁽³⁰⁾

Landaverde Martínez ⁽⁶⁰⁾, aborda el encuentro clínico (relación entre médico y usuarios) como un *“espacio performativo de interpretación que tiene como base, por un lado el diálogo y la comprensión y, por otro, el alivio y curación o mitigación del sufrimiento. En este encuentro la narración del padecer tendrá implicaciones importantes en la interpretación diagnóstica y la adecuada elección del tratamiento terapéutico”* ⁽⁶⁰⁾ Por su parte Salas & Pilar ⁽⁶¹⁾ mencionan que dentro de este encuentro se da a lugar un interrogatorio clínico, de dos formas llamado, tribuna libre y dirigido, sobre esto menciona:

“Se entiende que la tribuna libre permite, sobre ciertas preguntas clave que el médico/a lanza, que el paciente exprese verbalmente todo o lo más posible respecto al motivo de su consulta, utilizando todo el tiempo que estime necesario. El interrogatorio dirigido encuadra y limita, la información proporcionada sobre el motivo que le lleva a asistir a consulta, lo cual contribuye a reducir el tiempo de la expresión verbal del paciente y gana en especificidad” ⁽⁶¹⁾

Al hablar de la interacción entre personal de salud y usuarias, es importante señalar que debe de ser analizado desde la perspectiva del interaccionismo simbólico de Blumer (1986) que tiene tres premisas: 1) la percepción del entorno, acciones experiencias, objetos es decir todo su mundo, es una construcción simbólica producto de las relaciones que establecen con dicho mundo. 2) los significados son resultados de la interacción entre seres humanos. 3) la interacción del ser humano con el entorno modifica los significados de modo interpretativo o perceptivo. ⁽⁶²⁾

Ejemplo de esta interacción, la podemos observar en el trabajo de Salas M & de Pilar, realizado en una clínica del oriente de la ciudad de México, perteneciente al IMSS.

La investigación con enfoque cualitativo (desde la disciplina de la antropología) encontró a través del análisis lingüístico y de observación participante, que de las

20 consultas que fueron audiograbadas previo consentimiento del personal médico y de las madres, para conocer la forma en la cual se ofrecen las indicaciones médicas referidas a la alimentación de los infantes en el marco del CNS3. Todas las consultas médicas incluyeron algún tipo de interacción verbal sobre la alimentación infantil; el más corto fue de 37 palabras del médico y 3 de la madre; el más largo, 1994 y 623 palabras, respectivamente. Los tonos identificados en el discurso médico fueron autoritario/atemorizante, moral/culpabilizador, explicativo-confusor, explicativo-pertinente, voluntarista, transferencia de responsabilidad, generalizador (...). El mundo social en que los relatos se construyeron y se significaron, limita el diálogo verdadero y exacerba el monólogo. ⁽⁶¹⁾

En este ejemplo se observa una tendencia al monólogo, a invisibilizar a través del discurso el papel de las usuarias en torno a su salud, por lo que existe tal como lo describiera Roberto Castro ⁽⁵⁸⁾ una lógica-práctica autoritaria de los servicios de salud, que, si no es lógica, dejaría de ser práctica. Esta lógica, tal como la menciona el autor, es construida en las facultades de medicina y enfermería, y reafirmadas en los centros de práctica hospitalaria, por lo que se constituye una visión particular de la realidad.

A resaltar el estudio realizado Susana Silvia Margulies y publicado en su libro *“La atención del VIH Sida. Un estudio de antropología de la medicina”* (2014). En dicho estudio se entrevistó a 33 profesionales de salud que atendieron directamente a población con VIH entre 1993 -1994 y 1998 -1999 en Argentina. El estudio cualitativo se basó principalmente en entrevistas, bajo el análisis del discurso. Se analizó el cómo se afrontó el personal de salud a la emergencia por el VIH, cómo caracterizaban a sus pacientes y las políticas que se implementaron en las instituciones de salud.

En el libro también se dedica todo un capítulo interesante en donde Margulies rastrea una serie de analogías del VIH en el campo médico a partir del surgimiento de ésta,

dónde en un principio se vinculaba a ciertas poblaciones o “grupos de riesgo”, es decir la enfermedad es propia de *“homosexuales, heroinómanos, haitianos”* con la clara estigmatización que significó ello y su relación con la hepatitis B y la vía de transmisión por sus “estilos de vida”.

En el trabajo se describen y categorizan estas analogías, y cómo a partir de dichas analogías se formulan metáforas entre el personal de salud para *“enfatar aspectos de la experiencia de la atención de los afectados y destacar a la vez su irreversibilidad al mismo tiempo que su inmanejabilidad, dada la carencia de recursos para atenderla.”*⁽⁹⁴⁾ inclusive se describen las diversas dificultades que enfrenta el personal de salud para atender esta situación. Por lo cual la metáfora y la analogía en el pensamiento del personal de salud construyen discursos y conceptos lógico-prácticos, socializados, que configuran la atención de los usuarios y que se van gestando históricamente. De ahí que sea relevante analizar desde el discurso las metáforas, las metonimias, las analogías, los médiums y en sí los significados y los significantes que le otorga el personal de salud a las enfermedades, las condiciones de salud (riesgo obstétrico) y las características de sus usuarios para entender la perspectiva que se tiene sobre la muerte materna y la planificación familiar.

2.6. Estudios sobre condiciones y perspectivas laborales de los prestadores de servicios de salud en México.

Las usuarias y usuarios, no sólo quienes pasan por esta situación sino también el personal de salud. La problemática del *Burnout*, definida por Maslach y Jackson como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas”⁽⁶³⁾ el *Burnout*, tiene como bien apunta su definición, tres factores que son: “cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que se miden por medio del Maslach Burnout Inventory (MBI)”⁽⁶⁴⁾

En México, existen numerosos estudios sobre la problemática del *burnout* en el personal de salud⁽⁶³⁾. En la Universidad de Yucatán en la Facultad de Medicina, se

realizó un estudio en 2014 sobre migraña por estrés laboral en Médicos internos de pregrado, utilizando los instrumentos *Migraine Disability Assessment Scale* y *Headache Needs Assessment*. El estudio mostró una prevalencia de migraña del 38.7 % en los internos de pregrado, siendo más frecuente en mujeres con (44 %) en comparación con hombres (36%) generando discapacidad y disminución de rendimiento laboral por el mismo padecimiento puesto que *“todos tuvieron algún grado: 56 % tuvieron grado I, 19% grado II, 14% grado III y 11% grado IV. Las áreas más afectadas fueron el rendimiento laboral y la energía vital”* ⁽⁶⁵⁾ los autores resaltan a modo de “dato interesante” el hecho de que el 78 % de los médicos internos, utilizaba fármacos de libre acceso para las crisis, sin control médico advirtiendo que el uso excesivo de éstos puede generar en migraña crónica ⁽⁶⁵⁾.

En 2015, en un Hospital del IMSS de Guadalajara Jalisco, se encontró que un promedio de 70.1 ± 21.2 de horas por semana en las que laboran médicos de todas las especialidades, siendo las quirúrgicas las que tenían una carga laboral más excesiva (89.1 ± 21.55 horas semanales) ⁽⁶⁶⁾. Haciendo una comparativa entre el estudio cuantitativo que realizaron para generar los datos descriptivos que se mencionaron anteriormente, se utilizaron entrevistas las cuales arrojaron una perspectiva peculiar sobre la carga laboral. Los participantes reportaron tener más estrés, poco tiempo para otras actividades, el sistema de su institución fue vista como rígido, y falta de preocupación hacia ellos por parte de sus directivos, sin embargo *“lo matizaron con el argumento de que esto es necesario para su aprendizaje.”* ⁽⁶⁸⁾ al cuestionarles sobre abuso laboral, los médicos argumentaron que éste no existía, no se sentían humillados ni amenazados.

Se ha registrado a través de encuestas en 2013, que, con la entrada del Seguro Popular, la sobrecarga de trabajo incrementó generando conflictos entre el personal de salud,

“ello implicó el detrimento de las relaciones entre compañeros y, en algunos casos, la percepción de deterioro del estado de la salud (...) Las relaciones entre compañeros de trabajo se tornaron, más que colaborativas, competitivas.

Más orientadas al beneficio personal que a brindar una atención de calidad. El ejemplo más ilustrativo fueron los enfrentamientos por hacerse acreedores de “bonos de productividad”. Con ello se consigue el propósito de la globalización neoliberal de la personalización de los salarios y la descolectivización de las relaciones empresa-trabajadores.”⁽⁶⁷⁾

Situación que como advierte Castro, está naturalizada, puesto que existen abusos y descalificaciones, además de adoctrinamiento y disciplinamiento que se gesta en las Facultades, en el cual los docentes someten a los alumnos, para enseñar las jerarquías, las desigualdades de género, omisiones, la imagen personal (diferenciación social), castigos, arbitrariedad en cuanto a evaluaciones. Éstas se interiorizan y fungen como reproductor del *habitus médico* (descrito con anterioridad), Es así como la educación médica *“funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años [...] convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica”⁽⁵⁸⁾.*

En cuanto al personal de enfermería, bajo el concepto de estrés de conciencia, dimensionado en 1) demandas internas *“aquellas que le permiten al personal de enfermería mantener su identidad como profesionales buenos de la salud”* y 2) demandas externas *“la consecuencia de la obligación del enfermero de proporcionar cuidados que le hacen sentir mal, lo anterior puede ocurrir cuando el individuo busca la aprobación de los demás y teme a la desaprobación lo que puede generar sentimientos de culpa”⁽⁶⁸⁾.* En este estudio realizado en Zacatecas, demostró a través de un análisis de correlación entre estrés y consumo de alcohol en el personal de enfermería durante 2017, encontrando un consumo sensato del 89.8% en el personal general que es técnico y auxiliar de enfermería, y un 26.1 % de consumo dependiente en el personal con estudios de licenciatura ⁽⁶⁸⁾.

Estos ejemplos nos hablan de la magnitud del problema que a pesar de que se hayan realizado para investigar otras temáticas relacionadas con el estrés del personal de salud dígame consumo de alcohol, migraña, relaciones laborales en el personal de

salud, estas situaciones generan otras condiciones de trabajo, que deben de observarse y describir. Este *habitus* al integrar un disciplinamiento en el personal de salud, guía las acciones dirigidas a los usuarios bajo criterios de valor impuestos por la cultura.

De ahí que se consideró pertinente realizar la investigación en diversos centros de salud del estado, que por medio de la observación y de la entrevista se reconstruyeron las perspectivas del personal de salud sobre esta problemática. Los centros fueron elegidos porque se tiene en cuenta de que éstos tienen una población capacitada en el tema son de primer nivel, en donde se ofrecen las consejerías de planificación familiar y además al abarcar varios se obtuvieron hallazgos a nivel general.

2.7. Marco Teórico- Metodológico

2.7.1 Perspectiva orientada al actor.

Esta perspectiva toma como eje la *agencia*, que es definida como la “*capacidad de conocer y actuar, la manera en que las acciones y las reflexiones constituyen prácticas sociales que impactan o influyen en las acciones e interpretaciones propias y de los otros*”⁽⁶⁷⁾ al hablar del acto o de actuar para influir acciones, Long añade que los actores sociales “*son todas aquellas entidades sociales que puede decirse que tienen agencia en tanto que poseen la capacidad de conocer (...) aparecen en variadas formas: personas individuales, grupos informales, redes interpersonales, organizaciones, agrupaciones colectivas*”⁽⁶⁹⁾

Dentro de esta perspectiva resalta el concepto de discurso como “*un juego de significados insertos en las metáforas, representaciones, imágenes, narraciones y declaraciones que fomentan una visión particular de “la verdad” acerca de objetos, personas, eventos y las relaciones entre ellos.*”⁽⁶⁹⁾ Por lo que la interacción toma gran relevancia para esta perspectiva en cuanto a la construcción de “verdades” y símbolos. Para la perspectiva centrada en el actor, es importante la simbolización cotidiana de la interacción puesto que esto refleja formas emergentes y estrategias prácticas además de tipos de discursos productos de una construcción cultural.

Los actores tienen consigo un dominio, es decir normas y valores de ordenamiento social, con una frontera simbólica. Las arenas son *“espacios en los cuales tienen lugar las contiendas entre diferentes prácticas y valores. Las arenas pueden involucrar uno o más dominios. En ellas se buscan resolver discrepancias en las interpretaciones de valor e incompatibilidades entre los intereses de los actores”*⁽⁶⁹⁾ al producirse un conflicto ya sea para influenciar en la toma de decisión de un actor hacia otro, como por ejemplo durante la interacción en el consultorio de PF, del médico hacia el paciente o viceversa, a esta interacción Long lo entiende como Interface, donde,

“se cruzan diferentes, y a menudo conflictivos mundos de vida o campos sociales (...) en situaciones sociales o arenas en las cuales las interacciones giran en torno a los problemas de pontear, acomodar, segregar o disputar puntos de vista sociales, evaluativos y cognoscitivos. El análisis de interfaz social pretende dilucidar los tipos y fuentes de discontinuidad y vinculación social presentes en tales situaciones e identificar los medios organizacionales y culturales para reproducirlos o transformarlos.”⁽⁶⁹⁾

Esta perspectiva, es relevante metodológicamente para entender la interacción, (en términos del autor) de los actores en las arenas donde lo simbólico se vislumbra. Además, que propone categorías de análisis que pueden ser observadas desde la etnografía.

Toda la perspectiva tiene un fundamento llamado “piedras angulares” que, a modo de resumen, son: 1) La vida social es heterogénea, 2) se debe estudiar cómo se producen las diferencias, 3) centrarse en la teoría de la agencia, 4) la acción social no es individual, es producto de una red de relaciones, 5) la interpretación está ubicada en contextos muy específicos, y se generan en ellos. 6) *“Los significados, los valores y las interpretaciones se construyen culturalmente, pero se aplican de manera diferencial y se reinterpretan de acuerdo con posibilidades conductuales existentes o circunstancias cambiadas”*⁽⁶⁹⁾ 7) dilucidar lo “local y global” en las relaciones entrelazadas, 8) identificar etnográficamente las interfaces sociales de las interrelaciones. 9) delinear contornos y contenidos de las formas sociales y perfilar relaciones y condiciones específicas.

El enfoque es usado para identificar las interacciones entre el personal de salud y las mujeres, o la caracterización del personal de salud sobre sus usuarias, ya que en esta relación se tiene de antemano una situación de poder, es decir no es una relación horizontal, implica una jerarquía y una obediencia en cuanto al seguimiento de la consejería de PF, por lo que a través de los conceptos teóricos de esta perspectiva (arenas, dominios e interfaces) y de la observación de dichas interacciones, se describirá y triangulará la información, entre lo que se dice que se hace de parte del personal de salud y lo que se hace en la práctica cotidiana.

2.7.2. Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada propuesta por Glaser & Strauss (1967) y Strauss & Corbin (1998) constituyeron una nueva manera metodológica de análisis comparativo, para descubrir teoría en vez de utilizar las grandes teorías, y lograr así una “teoría fundamentada” ⁽⁷⁰⁾. La teoría fundamentada (TF) consiste en una serie de directrices sistemáticas pero flexibles para la recolección y análisis de datos cualitativos con el fin de construir teorías asadas en los propios datos ⁽⁷¹⁾. Ésta enfatiza *“el descubrimiento y el desarrollo de teoría y no se basa en un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo”* emplea estrategias puesto que *“la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente”* ⁽⁷²⁾.

Páramo Morales ⁽⁷³⁾ menciona que la TF es la metodología adecuada *“para resolver cierto tipo de cuestiones”* puesto que permite discernir,

“el proceso a través del cual los actores construyen significados más allá de su experiencia intersubjetiva. Puede ser utilizada en una forma lógicamente consistente con los supuestos claves de la realidad social y de cómo ella es conocida.” ⁽⁷³⁾

También apunta que es inadecuada cuando busca una “realidad objetiva” siguiendo a Sudabby (2006) quien postula que sólo es adecuada cuando se quiere *saber “cómo las personas interpretan su realidad”* ⁽⁷²⁾ por su parte Weiss ⁽⁷⁰⁾ menciona que la TF, se

fundamenta desde una postura epistemológica empirista, de inducción, por lo que su paradigma, constituye sus propios interjuegos de conceptos y lo que observa dentro de dicha relación, por lo que necesariamente proviene de una hermenéutica ⁽⁷⁰⁾.

Según Strauss & Corbin ⁽⁶²⁾, estos son los fundamentos de esta perspectiva: 1) su propósito es generar o descubrir teoría desde los datos de primera mano, se debe distanciar de presupuestos teóricos para que surja una teoría fundamentada en datos. 2) se enfoca en la manera en que los individuos interactúan con el fenómeno de estudio. 3) el análisis inicia desde el primer momento de recolección de datos en trabajo de campo. 4) *“Los conceptos se desarrollan gracias a la comparación constante”* 5) la teoría se puede presentar de manera narrativa o como un conjunto de proposiciones 6) si se parte de los datos hay neutralidad del observador. 7) no hay neutralidad si se incluye un marco teórico. 8) la literatura debe realizarse constantemente *“desde la clasificación teórica hasta la escritura”* ⁽⁶²⁾

La TF constituye toda una perspectiva de análisis, que a su vez debe ser descriptiva pues de esta forma da riqueza al entramado de significados que son producto de las interacciones entre actores, al leer y releer los datos obtenidos, se reconstruyen patrones de significados que a su vez *“explican hechos singulares observados e interpretan relaciones culturales significativas”* ⁽⁷⁰⁾, se realiza de esta forma una hermenéutica.

Coincido con la propuesta metodológica Natera-Gutiérrez y sus colaboradores quienes conjugan tanto el interaccionismo simbólico con la teoría fundamentada describiéndola de la siguiente manera.

“Mientras que el interaccionismo sugiere los conceptos de interacción como camino para crear significados, la Teoría Fundamentada es la metodología que guiará los conceptos para llegar a descubrir esos significados porque a través de ella es posible explorar la diversidad de procesos sociales presentes en las interacciones, viendo al ser humano en su totalidad y complejidad, trabaja con datos obtenidos de ambientes naturales y está basada en los presupuestos del interaccionismo simbólico que centra su atención en los significados que los

eventos tienen para las personas en ambientes naturales. El interaccionismo simbólico provee el fundamento filosófico para la teoría fundamentada en los datos y guía las preguntas de investigación, las estrategias para la recolección y análisis de los datos”⁽⁶²⁾

En esta investigación, la metodología de análisis de la Teoría fundamentada y el Interaccionismo simbólico es nutrida por la Perspectiva Centrada en el Actor de Norman Long, pues se visibiliza el papel de agencia que tienen tanto el personal médico de PF y las mujeres con EC que asisten a este servicio de atención, una arena en el sentido metodológico, esto a través de técnicas etnográficas⁵, como lo son la observación participante y la entrevista. Por medio de estas técnicas se obtuvieron los datos, analizando las interfaces, producto de la interacción de dominios heterogéneos.

⁵ Entendida como el proceso de realizar el trabajo descriptivo de una cultura o aspectos concretos de la cultura y su análisis, y por otro, es el resultado de ese trabajo. La etnografía implica la utilización de diversas técnicas para la recopilación de datos: genealogías, historias de vida o la observación participante⁽⁷⁴⁾

III. OBJETIVOS

Los objetivos que guiaron la investigación fueron:

3.1. Objetivo General:

Analizar las perspectivas que, sobre sexualidad, reproducción y maternidad, tiene el personal de salud sobre mujeres con enfermedades crónicas y como estos permean en la práctica de la consejería en PF en este grupo específico.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los discursos sobre la práctica médica que construyen estas perspectivas.
2. Describir los discursos generados entre el personal médico y las mujeres que acuden al área de planeación familiar, con diagnóstico de enfermedad crónica.
3. Interpretar en el plano discursivo los imaginarios que tiene el personal sobre sexualidad, reproducción y maternidad mediante técnicas de análisis del discurso.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio:

La investigación fue de corte cualitativo de tipo exploratorio, se eligió este paradigma dado que resulta pertinente debido a la naturaleza de fenómeno, es decir el análisis de perspectivas que guían el actuar de médicos y personal de enfermería en cuanto a los servicios de PF. Desde los estudios cualitativos las observaciones en el contexto, los discursos, los gestos y las prácticas descritas desde las técnicas etnográficas permiten comprender el fenómeno en su complejidad, lejos de las relaciones causa y efecto en términos estadísticos de los estudios cuantitativos.

El estudio se enmarcó teóricamente en el interaccionismo simbólico y la perspectiva centrada en el actor, para estas teorías, el significado es producto de la convención social que se vislumbra en la interacción de los individuos. En el ámbito de la salud al hablar del ser humano éste se encuentra, *“en constante construcción de significados, experiencias relacionadas con la salud, la enfermedad, la muerte, el duelo, la relación que establece con el personal de enfermería, médico y con otros seres humanos que comparten sus vivencias determinan la construcción interna de significados.”* ⁽⁵⁷⁾ además el interaccionismo simbólico propone un análisis dentro del contexto puesto que los significados son fruto de la interacción social.

4.2 Selección del área de estudio

El estudio se llevó a cabo entre los meses de julio de 2019 a julio de 2020, dentro de seis centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí: Centro de Salud Dr. Juan H. Sánchez ubicado en barrio de San Miguelito, Anáhuac en Colonia Progreso, Soledad de Graciano Sánchez, Terceras en la colonia Tercera Chica, María Cecilia, ubicado en la colonia del mismo nombre y el Centro de Salud de Bosques de Jacarandas.

Los centros fueron seleccionados a partir de la estrategia de muestreo propositivo, tipo de muestreo que es adecuado en la implementación de estudios desde la Teoría

Fundamentada y que consiste en acudir a casos que de antemano, por sus características o experiencias, se sabe que poseen la mayor riqueza de información posible sobre el fenómeno de investigación⁶.

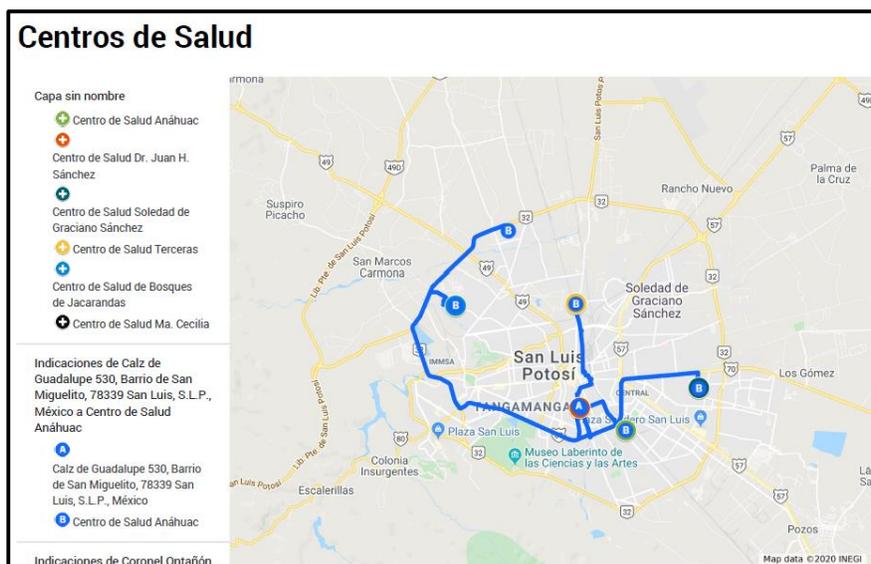
El muestreo de centros se hizo en función de que algunos informantes clave adscritos a la jurisdicción 1 de los SSSLP e integrantes del Comité de Ética en investigación de la misma jurisdicción, ya refirieron que es en estos centros donde se cuenta con mayor número de personal, además de que se realizan mayores acciones de actualización continua sobre Planificación Familiar. En este caso se aplicó por considerar que los profesionistas adscritos a estos centros poseen información importante sobre el tema.

Dado que el muestreo propositivo posee su propia clasificación interna, en este estudio en particular se recurrió a un muestro propositivo de casos extremos o desviantes cuyo sentido es comparar situaciones distintas⁷. El muestreo *propositivo* se aplicó también en función de identificar que la localización geográfica de estos seis centros de salud posibilita tener representación de las distintas áreas geográficas que incorpora la Jurisdicción 1 de los SSSLP (como puede verse en la imagen 1). La selección de centros se hizo desde un muestreo de tipo *propositivo* lo cual es deseable en una investigación de tipo cualitativo, ya que la existencia de diferentes condiciones en cuanto a los indicadores sociales de desarrollo, esto potenció la calidad interpretativa en el análisis. (Ver tabla no, 1)

⁶ Patton M. Qualitative research and evaluation meth- ods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002 ⁽⁸⁹⁾

⁷ Martínez, C. Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversie. Ciencias & Saúde Colectiva 2012;17(3):613-619. ⁽⁹⁰⁾

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio



Fuente: Elaboración propia a través de Google Maps.

A continuación, se presenta una tabla en donde se encuentran los indicadores encontrados por AGEB (Área Geoestadística Básica) correspondientes al área de cada centro de salud. Es aquí donde se encuentran una serie de diferencias y condiciones socioeconómicas de la población cercana a cada centro.

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí.

Centro de Salud	Índice de marginación INEGI 2010 por AGEB	Grado de Marginación
Centro De Salud Juan H. Sánchez	-0.89	Bajo
Centro de Salud Anáhuac	-0.35	Medio
Centro de Salud 21 de marzo	-0.07	Medio
Centro de Salud Terceras	-0.43	Medio
Centro de Salud Jacarandas	1.03	Muy bajo

Fuente: basado en los metadatos del geoportal SIRE, disponible en <https://www.websire.inee.edu.mx/geoportal/map-srv?evt=sgp&gp=GPA>

4.3 Selección de Informantes

Se trabajó con personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que desempeña en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) que labora en los consultorios de consulta general y de planificación familiar. Estos aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio.

4.4 Criterios de selección de informantes

Los criterios de selección implementados fueron:

Personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que se desempeña en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) que:

- Laborara ofertando atención cotidiana a mujeres en edad reproductiva en situación de enfermedad crónica o específicamente en el área de Planificación Familiar.
- Tuviera uno o más años de servicio en dicha área
- Decidieran participar de manera voluntaria en la investigación.

Fueron criterios de eliminación:

- Personal que renunciara a continuar participando en el estudio.
- Personal que fuese removido de su empleo en Servicios de Salud durante el periodo de estudio.

Los criterios de exclusión considerados:

- Personal que haya referido de manera abierta, no desear participar en el estudio.

4.5 Estrategias de selección de informantes (Muestreo)

Se utilizó el muestreo intencional ⁽⁷⁵⁾⁸ puesto que el personal de salud que se encuentra en los Centros de Salud en el área de atención y PF constituyen los casos disponibles a los que se tuvo acceso, por supuesto que esto dependió de la participación voluntaria del personal. El muestreo de tipo intencional es válido para estudios cualitativos de tipo exploratorio, toda vez que permite profundizar en el fenómeno estudiado en mayor profundidad, recordar que lo importante para los estudios de tipo cualitativo es comprender el fenómeno estudiado más que generar datos estadísticos de causa y efecto, puesto que “los fenómenos socioculturales no pueden estudiarse de manera externa, pues cada acto, cada gesto, cobra sentido, más allá de su apariencia física, en los significados que le atribuyen los actores” ⁽⁷⁶⁾.

El número de informantes para esta investigación se determinó en función del criterio de saturación teórica, que consiste en que la información que se recopila no aporta nada nuevo al “desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis” ⁽⁷⁷⁾.

Se trabajó con cinco mujeres (enfermeras y médico) y con dos hombres de profesión médico, es decir con un total de 7 informantes.

4.6 Técnicas de recolección de información

El desarrollo de esta investigación contó con la aprobación del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, quien, con base a los criterios académicos de calidad, aprobó el protocolo de investigación, otorgando el número de registro GX18- 2019 (Anexo 1). Cabe señalar que este estudio deriva de un macroproyecto de investigación que fue aprobado para su implementación por el Comité de ética de la Jurisdicción no. 1 de los Servicios de Salud en febrero de 2018 (Anexo 2).

⁸ En investigación cualitativa este término suplanta al muestreo por conveniencia, pues siempre es un muestreo intencionado ⁽⁷⁵⁾

La recolección de datos se llevó a cabo con la aprobación y registro del Comité Estatal de Ética e Investigación en salud, así como la autorización de las autoridades sanitarias en cada uno de los centros de salud contemplados como escenario de estudio (anexo 3 y 4).

Para recabar datos se hizo uso de entrevista, la cual se condujo a partir de un guion de entrevista semiestructurada (Anexo 5). Estas se realizaron en el tiempo que el personal dispuso, así como en el espacio que éste determinó adecuado, por lo general dentro de su jornada y las instalaciones del centro de salud. En este sentido y, sin embargo, el investigador estuvo dispuesto a realizarlas en otros espacios y horario que los profesionales e institución consideraron más convenientes.

Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento informado, transcritas y analizadas por medio del programa Excel 2016. Una vez realizada la transcripción, se destruyeron las grabaciones, esto con el fin de asegurar la confidencialidad de la información y como buena práctica de investigación.

Las observaciones tendrán el mismo tratamiento descrito anteriormente, pero el uso metodológico de éstas fue opcional, es decir que si en el caso de que el personal de salud desee se realice algún acompañamiento en sus consultas, se elaborará una carta de consentimiento para las usuarias y se dará aviso al comité que monitorea la investigación para garantizar el buen ejercicio de la investigación, la información sólo será complementaria y opcional, por esa razón no se incluyen estos anexos en el presente protocolo.

Otra cuestión que se realizará para garantizar la confidencialidad de los informantes, será el brindar los resultados de manera agrupada, sin proporcionar nombres o centro de salud de adscripción, tampoco algún tipo de dato que permita inferir la identidad de los participantes.

4.7 Conceptos ordenadores

4.7.1. Salud Sexual y Reproductiva

En la presente investigación se considera a la salud reproductiva como un derecho tal y como lo estipula la NOM-005-SSA2-1993 de PF ⁽³⁾, en la cual estipula que cualquier persona tiene derecho a decidir libremente cuantos hijos desea, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales, culturales, étnicas y de sus filiaciones políticas y religiosas. De esta manera los servicios de salud dirigidos a la reproducción deben evaluar el riesgo reproductivo, y actuar a través de la orientación, consejería y prescripción de medicamentos para reducir lo más posible el riesgo asociado a los procesos de gestación, parto y puerperio.

La Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C., concibe a la salud sexual basándose en las definiciones de la OPS como *“la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”* ⁽⁷⁸⁾ buscando, ante todo,

“expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.” ⁽⁷⁸⁾

Por su parte Álvarez Cortez ⁽⁷⁹⁾ la define como *“la aptitud para disfrutar de las actividades sexual y reproductiva, así como amoldarse a criterios de ética social y personal”*, la autora a su vez la relaciona con la salud mental puesto que esto implica

“la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiben la actividad sexual o perturban las relaciones sexuales, así como trastornos orgánicos de enfermedades y definiciones que entorpecen dichas actividades” ⁽⁷⁹⁾

Es así que para esta investigación la perspectiva desde los derechos a la salud sexual y reproductiva son necesarios para entender el fenómeno de estudio.

4.7.2. Planificación Familiar

Se considera a la planificación tal como lo contempla el *Programa de Acción Específico sobre Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*⁽⁴²⁾. El cual indica que al ser un derecho humano la PF,

“implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.”⁽⁴²⁾

Por lo tanto, al hablar de PF, para este trabajo, es hablar de derechos reproductivos y de acciones de consejería por parte de los prestadores de servicios de salud.

4.7.3. Maternidad

Durante el siglo XVII el término *maternitas*, por la iglesia católica principalmente con la finalidad otorgar una dimensión de la madre relacionada con el culto mariano, durante la ilustración se crea otra concepción vinculada con la “buena madre” sumisa, y dedicada a la crianza⁽⁵¹⁾. Para la presente investigación, se considera la maternidad como un modelo social que incluye una familia con hijos y una imagen de madre emprendedora, lo que exige altas expectativas ante la sociedad que la reproduce⁽²⁷⁾. Además, parte de una condición de la mujer y una situación de la mujer⁽²⁴⁾, vista desde la perspectiva de género⁽⁴⁾. Estos conceptos ayudarán a guiar el enfoque de la perspectiva del actor, durante el análisis de datos.

La maternidad es además definida como *“la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de madre a las mujeres”*⁽²⁸⁾. En nuestra sociedad, está asociada con la madurez, en la cual se accede mediante el parto, es una etapa *“del desarrollo psicosocial a través de la cual se confiere a la mujer la condición de adulto”*.⁽²⁷⁾ La maternidad conlleva preocupaciones como la dependencia económica, la crianza, adquirir o perder un empleo por lo que éstas generan falta de autonomía⁽²²⁾. La

maternidad tiene como asegura Pérez Nila ⁽²⁸⁾, distintas dimensiones como lo son la *crianza, reproducción, familia y sexualidad*, pero éstas dependen de estructuras culturales históricamente construidas.

Para Puyana Villamizar & Mosquera Rosero ⁽⁵⁴⁾ existen tres tipos de maternidad que coexisten como modelos en nuestra sociedad:

1. La *tradicional*, donde se dividen los roles de género, se enfatiza la autoridad y el padre como proveedor, y la madre es el ama de casa
2. La de *transición*, donde existe un cambio en los significados y funciones de cada rol, influenciado por los cambios culturales y económicos.
3. Y la de *ruptura*, en donde se construyen formas del “ser” tanto en madres y padres diferentes a lo tradicional, no hay divisiones rígidas y se crean proyectos de vida alternativos

Estos modelos sobre la maternidad además de sus dimensiones servirán como conceptos que guiarán la conformación de categorías para ser observadas dentro del plano discursivo durante el trabajo de campo en los Centros de Salud.

4.7.4. Perspectivas

En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española ⁽⁸⁰⁾, la palabra perspectiva tiene distintos significados. Cabe aclarar que ésta tiene como origen su uso más generalizado se encuentra en la arquitectura. En nuestro trabajo de investigación se hace uso de esta palabra enmarcada a los significados número 5 y de la RAE, que son los siguientes: “5. f. *Punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto*” y “6. f. *Visión, considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación y a distante, espacial o temporalmente, de cualquier hecho o fenómeno*”.

En cuanto a las percepciones Vargas Melgarejo refiere son “*Referentes ideológicos y culturales que reproducen y explican la realidad y que son aplicados a las distintas experiencias cotidianas para ordenarlas y transformarlas.*” ⁽⁸¹⁾

Las perspectivas involucran tres aspectos principales: 1) Los conocimientos de sentido común para una población específica, 2) las experiencias de vida de cada sujeto, y los conocimientos formales desde los cuales se configura una identidad particular ⁽⁸²⁾.

Existen tres tipos de conocimientos que influyen sobre las perspectivas que las personas pueden desarrollar sobre una práctica específica: el formal, el colectivo o cultural, y el empírico.

- Conocimiento Formal: Para fines del presente estudio se considerará al conocimiento con bases científicas que es proporcionado por el personal de salud (médicos, enfermeras, nutriólogos).
- Conocimiento colectivo: Se refiere al conocimiento obtenido por los individuos acorde al contexto en el que se desarrollan, podemos entender al mismo como los saberes sociales acumulados, transmitidos entre los individuos de una misma sociedad.
- Conocimiento Empírico: Es aquel que se basa en la experiencia, en último término en la percepción, pues nos dice lo que existe, pero no necesariamente brinda una verdad absoluta, y es aprendido en base a todo lo que se sabe y llega a ser repetido continuamente, sin necesidad de tener una base científico ⁽⁸³⁾.

4.7.5. Reproducción sexual

De acuerdo con de Tortora & Derrickson⁽⁸⁴⁾, la reproducción sexual, es *“el proceso mediante el cual los organismos producen descendencia, por medio de las células germinales llamadas gametos”* en este sentido la definición teórica es desde la biología, al hablar de reproducción, también incluye otras formas de reproducción como lo es la asistida, y que en su caso también se incluye en la consejería de PF. Sin embargo, nuestro interés incluye la percepción cultural de dicho proceso y esta consiste en las representaciones que se tiene tanto para mujeres como para el personal de salud la reproducción sexual puesto que se vincula con la legitimación del modelo hegemónico de la familia heterosexual

La reproducción sexual se vincula con la PF y con los conceptos presentados en la maternidad como una condición de la mujer regida por la cultura, por lo tanto, se tiene el cuidado de no encasillarlo en una perspectiva meramente biológica, puesto que la PF y la consejería dependen del derecho de elegir en las mujeres con EC y esta decisión depende del contexto tanto de las mujeres como del personal de salud.

4.7.6. Sexualidad

Basándonos en las definiciones de la OPS ⁽⁷⁸⁾ la sexualidad es la dimensión del ser humano que se basa en el sexo, y que a su vez incluye al

“género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones (...) La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”.⁽⁷⁸⁾

En esta definición queda en claro que la sexualidad no solamente tiene que ver con lo biológico sino también con la dimensión cultural, sin embargo al hablar de cultura, se debe tener en cuenta el papel de ésta al socializar el cuerpo y la sexualidad, ya que como menciona Álvarez Plaza (2015) ⁽⁸⁵⁾ *“En las sociedades occidentales se reconoce la diversidad sexual pero es la heterosexualidad el modelo hegemónico (...) vertebrado en torno a la reproducción y a la familia, quedando las otras conductas sexuales como subordinadas”.* Este modelo, también repercute en la forma en que visualiza la sexualidad en general, pues la cultura genera estas condiciones hegemónicas y legitimándola en diferentes sectores de la sociedad, incluido el de salud, por lo tanto, es importante considerar para este trabajo conocer cómo es visualizada la sexualidad en torno a las mujeres con EC, puesto que como se había mencionado anteriormente ésta suele ser invisibilizada.

4.8 Procedimientos

Como parte de los procedimientos, el protocolo fue sometido a revisión por parte del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública perteneciente a la Facultad de Enfermería y Nutrición, posteriormente al Comité de Ética de la misma (CEIFE), así como al Comité de Ética de los Servicios de Salud del Estado (CEISSSLP). Una vez aprobado y obtenido el número de registro, se redactó un oficio dirigido a las instituciones donde se realizó el trabajo de campo y se presentó cuando se fue solicitado a las autoridades de cada centro de salud.

Primera etapa: En una primera visita y mediante las autoridades responsables de cada centro, el investigador contactó al personal de salud, (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y todo actor que se desempeñara en acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de EC en mujeres en edad reproductiva) y de manera específica en los servicios de PF dentro de los centros seleccionados. Se les explicó en qué consistía el estudio, se les dio a leer el consentimiento informado (Anexo 5) y se les pidió su firma si es que aceptan participar una vez informados y libre de cualquier forma de coacción.

Desde el inicio se procuró generar *rappor*⁹ con los sujetos de estudio y se les brindó oportunidad de que fueras ellos quienes determinaran los lugares y horarios para la entrevista, ya fuese dentro de sus horarios de consulta, un café, aula universitaria, domicilio, biblioteca o espacio público de su preferencia.

Segunda etapa: De acuerdo a los tiempo y espacios previstos de manera inicial para concretar las entrevistas, el investigador realizó estas siempre respetuoso de los tiempos y eventualidades a las que al personal podrían llegar a enfrentarse, reprogramando la entrevista las veces que fuese necesario. El día de la entrevista, el investigador comenzó solicitando permiso al personal para grabar la sesión en formato de audio digital, reiterando la confidencialidad de la información proporcionada mediante el uso de seudónimos para proteger su identidad, así como la eliminación de la misma una vez finalizado el análisis de los datos. Hasta el

⁹ Habilidad para generar empatía con los informantes ⁽⁵²⁾

momento no se han presentado casos de profesionistas que negaran su autorización para audiogravar la entrevista.

4.9 Análisis de datos.

El análisis de las narrativas se llevó a cabo de manera sistemática y procesal, con la finalidad de encontrar sentido a la información proporcionada, respaldada en el método propuesto por Strauss & Corbin (1998) para la Teoría Fundamentada. De igual manera, se obtuvieron datos derivados del trabajo de campo, los cuales fueron registrados en el diario de campo. Tanto los datos audiogravados como las notas en diario de campo fueron codificados con el fin de buscar relaciones entre ellos y establecer modelos teóricos que expliquen la realidad observada.

El análisis de datos, bajo la TF inicia con asignar un código a categorías y subcategorías en las que puedan segmentarse líneas discursivas, separadas de las transcripciones para su análisis, para esto se hará uso del programa Excel 2016, que ayude a sistematizar la información, además de que *“Codificar supone leer y releer nuestro datos para descubrir relaciones, y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar”*⁽⁸⁶⁾ se descontextualiza y al analizarla se recontextualiza para establecer relaciones.

Existen diferentes formas de codificación: la *abierta*, en donde el investigador genera categorías de la información de manera inicial, *axial* seguida de la primera, se reúne la información en nuevas formas y se identifica una categoría central, *codificación selectiva*, después de seleccionar una categoría central, se busca seleccionar y relacionar otras categorías para formar una línea narrativa para formular hipótesis o teoría ⁽⁸⁶⁾

Además, permite utilizar elementos a manera de códigos para identificar las condiciones causales que *“influyen el fenómeno, estrategias de acción que los actores realizan de manera intencionada en respuesta al fenómeno, contexto y condiciones que intervienen y las consecuencias que se derivan de ellas. El análisis*

permite caracterizar y agrupar problemáticas sociales, históricas y económicas que influyen el fenómeno central” (86) Se hará uso del método de comparación constante, donde los datos se revisarán con regularidad y sistemática, que según Flick (2012) consiste en: 1. Comparación de incidentes aplicables a cada categoría; 2. Integración de las categorías y sus propiedades; 3. Delimitación de la teoría y 4. Redacción de la teoría (62).

Se realizó la transcripción de las entrevistas audio grabadas en Word 2016. Se utilizó la siguiente simbología para transcribir elementos paralingüísticos, ya que acompañan al mensaje verbal otorgándole un sentido.

Tabla 2.Elementos paralingüísticos para transcripción

Elemento	Signo
Elementos no verbales	(())
Interrupción de entrevistado o entrevistador	()
Inicio de dialogo en pasado, del entrevistado	–
prolongación de entonación	:::
Citando discursos de terceras personas	" "
Ritmo de conversación en disminución	< >
Ritmo de conversación en aumento	> <
énfasis en la palabra	<u>subrayado</u>
Aclaración del entrevistador	[]
Pausa, mientras se formula respuesta

Fuente: Elaboración propia (designando cada elemento con signos de Word 2016)

Posteriormente se elaboró un formato en Word para la codificación, el cual consiste en separar por emisiones de discurso en celdas, para que facilite la creación de una base de datos cualitativa. Este formato es una versión más reducida de la que presenta Cacéres 2003, basada en Bardín (1996) (93). Se ha colocado en la parte derecha una columna en donde se escribieron los códigos primarios y secundarios.

Imagen 2.Formato de codificación

Entrevista: 001
 Duración: 22:29
 Profesión: Enfermera
 Participantes: Gilberto Jasso (G) Entrevistada (ENT)

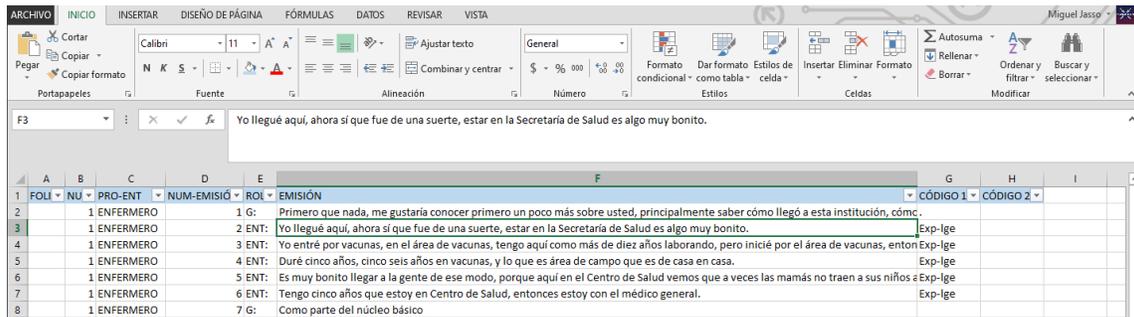
Rol	EMISIONES	Código 1	Código 2
G:	Primero que nada, me gustaría conocer primero un poco más sobre usted, principalmente saber cómo llegó a esta institución, cómo fue qué de cierta forma, cómo fue su experiencia al llegar a la institución, al tener que brindar de cierta forma orientación en planificación familiar, todo ese asunto.		
ENT:	Yo llegué aquí, ahora sí que fue de una suerte, estar en la Secretaría de Salud es algo muy bonito.	Exp-lge	
ENT:	Yo entré por vacunas, en el área de vacunas, tengo aquí como más de diez años laborando, pero inicié por el área de vacunas, entonces era andar de casa en casa vacunando los chiquitos, adultos mayores, ahora sí que la población adulta también.	Exp-lge	
ENT:	Duré cinco años, cinco seis años en vacunas, y lo que es área de campo que es de casa en casa.	Exp-lge	
ENT:	Es muy bonito llegar a la gente de ese modo, porque aquí en el Centro de Salud vemos que a veces las mamás no traen a sus niños a vacunar, entonces hay ciertas áreas donde hacemos eso de casa en casa ir tocando ((toca la mesa dos veces mientras habla)) e ir vacunando a los pequeños, por ese lado yo entré por vacunas.	Exp-lge	
ENT:	Tengo cinco años que estoy en Centro de Salud, entonces estoy con el médico general.	Exp-lge	

Fuente: Elaboración propia

Para fijar el uso de los códigos, se realizó un “libro de códigos” o también llamada guía de codificación ⁽⁹³⁾. En ella se incluye la categoría, su subcategoría, el código, una definición breve y un ejemplo. Esta guía de códigos, tienen como finalidad describir, delimitar y definir cada uno de los códigos que se les asignaron a las emisiones discursivas. Además de servir como diccionario de códigos y además funciona para la codificación misma, inclusive para facilitar la triangulación con otros datos. Se utilizó para la triangulación de codificación con la directora de esta investigación. La asignación de códigos, se realizó de dos formas desde la Teoría fundamentada, la primera una codificación abierta y la segunda una codificación selectiva. Basándose en los conceptos ordenadores que guían este trabajo.

Después de realizar las transcripciones y los formatos de transcripción, se agruparon todas las entrevistas en una base de datos cualitativa en Excel 2016. Las columnas que conforman la base de datos para el análisis constan de: 1) folio de entrevistado, 2) número de entrevista, 3) profesión del entrevistado, 4) rol, ya sea del entrevistador o el entrevistado, 5) número consecutivo de la unidad discursiva o emisión, 6) emisión, 7) código asignado 1 y 8) código asignado 2. A continuación se muestra parte de la base de datos que se generó.

Imagen 3. Base de datos para análisis



The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following data:

FOLIO	NUM	PRO-ENT	NUM-EMISIO	ROL	EMISIÓN	CÓDIGO 1	CÓDIGO 2
1	1	ENFERMERO	1	G:	Primero que nada, me gustaría conocer primero un poco más sobre usted, principalmente saber cómo llegó a esta institución, cómo		
2	1	ENFERMERO	2	ENT:	Yo llegué aquí, ahora sí que fue de una suerte, estar en la Secretaría de Salud es algo muy bonito.	Exp-Ige	
3	1	ENFERMERO	3	ENT:	Yo entré por vacunas, en el área de vacunas, tengo aquí como más de diez años laborando, pero inicié por el área de vacunas, entonces	Exp-Ige	
4	1	ENFERMERO	4	ENT:	Duré cinco años, cinco seis años en vacunas, y lo que es área de campo que es de casa en casa.	Exp-Ige	
5	1	ENFERMERO	5	ENT:	Es muy bonito llegar a la gente de ese modo, porque aquí en el Centro de Salud vemos que a veces las mamás no traen a sus niños	Exp-Ige	
6	1	ENFERMERO	6	ENT:	Tengo cinco años que estoy en Centro de Salud, entonces estoy con el médico general.	Exp-Ige	
7	1	ENFERMERO	7	G:	Como parte del núcleo básico		

Fuente: elaboración propia

Una vez elaborada la base de datos, se procedió con el análisis de frecuencias discursivas usando el comando de filtros de Excel para cada uno de los códigos. De esta forma se fueron agrupando en categorías y subcategorías que surgieron a partir de códigos abiertos, vivos y axiales. Además, se utilizó la codificación selectiva, en la cual se formaron categorías y subcategorías a partir de los conceptos ordenadores de la investigación, en este caso: Planificación familiar, maternidad, sexualidad y reproducción en mujeres con enfermedades crónicas.

La investigación de campo concluye cuando se llegue al punto de la saturación teórica, en la cual con los datos *“ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis (...) no emerja nueva información de los datos recogidos, una vez alcanzado dicho estado, se está en disposición de afirmar que los datos se encuentran saturados”* (62)

4.10 Criterios de calidad de la investigación cualitativa

Los criterios de calidad o rigor de una investigación cualitativa son como los describe Noroña et al (91). Los siguientes: **fiabilidad o consistencia**, que implica *“la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados Similares”* incluso se recomienda que otro experto de su punto de vista; **Validez**, en investigación cualitativa, se entiende como la correcta interpretación del dato a partir del bagaje

teórico. **Credibilidad** que “se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada.” La **Transferibilidad**, que “consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos” **Confirmabilidad o reflexividad** que implica “neutralidad u objetividad”, bajo este criterio los resultados de la investigación “deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes”. Y El criterio de **adecuación o concordancia teórico-epistemológica**, que implica que la investigación “está determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno”.

4.11 Recursos humanos, materiales y financieros

Humanos:

Alumno responsable de la investigación: Lic. Antro. Gilberto Jasso Padrón Directora de tesis: Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Los recursos humanos que participarán cuentan con el perfil para participar en el proyecto. El desglose de los materiales de investigación se encuentra en el anexo 11.

Financiero: los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación serán cubiertos en su totalidad por el tesista, a partir de la beca que otorga mensualmente CONACyT (Anexo 6)

V CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

5.1. Procedimientos institucionales

El protocolo fue revisado para su aprobación por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, del cual se obtendrá un número de registro. Posteriormente se sometió a revisión y aprobación por parte del Comité de Ética e investigación de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, una vez aprobada la propuesta y valorado como seguro y ético en su aplicación, fue presentado a los Centros de Salud elegidos para clarificar el objetivo del estudio y solicitar las facilidades para realizarlo.

5.2. Aspectos éticos nacionales e internacionales Nacionales

El protocolo se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en el apartado de investigación en salud, específicamente en los siguientes puntos:

Del título segundo, **capítulo I “De los aspectos éticos en la investigación en seres humanos”**:

Artículo 16: Se protegerá en todo momento la privacidad de los sujetos de investigación, la difusión de resultados de la investigación se hará de forma agrupada y en ningún caso se revelará la identidad de las personas. En el presente estudio se asegurará el manejo confidencial de los datos entregados por los informantes, sustituyendo sus nombres y datos de identidad por seudónimos.

Artículo 17, párrafo II: Esta investigación se considera con un nivel de riesgo I (sin riesgo), el cual se estipula de la siguiente manera:

“1.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el

estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” ⁽⁸⁷⁾

En este trabajo, se realizarán entrevistas sin modificar el contexto de manera intencionada, ni procedimientos que resulten invasivos para obtener información. Por lo que también se apega a la Declaración de Helsinki ⁽⁸⁸⁾.

Artículo 18.- Será causa de suspensión del estudio, advertir algún riesgo o daño a la salud (física y emocional) de los informantes, las entrevistas serán suspendidas de inmediato cuando estos manifiesten el deseo de no continuar.

Artículo 20.- Se solicitará por escrito el consentimiento informado, mediante el cual, los informantes autorizarán su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos que se realizarán, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Anexo 7).

Artículo 22.- El consentimiento informado será formulado por escrito indicando la información señalada en el artículo anterior, habrá sido revisado en su forma y contenido por un comité de ética, indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, mismos que deben firmar.

Tal como estipula la Ley general de Salud, en los artículos 20 y 21 de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” ⁽⁸⁷⁾ en el capítulo I. En el consentimiento informado, se informarán los objetivos, confidencialidad de los participantes, el manejo de resultados, y difusión de éstos, de esta manera se sustenta el derecho de participar de manera voluntaria en la investigación. Éste será evaluado para su aprobación por el Comité de Ética de la UASLP y está incluido en este protocolo en el anexo 1. El consentimiento informado deberá ser firmado por los informantes, incluye de manera clara información a los participantes sobre su libertad de continuar o no en este estudio, sin recurrir a medios de coacción para forzar continuar en la investigación, tal como lo estipula la ley.

5.3. Principios éticos

En esta investigación se tomaron en consideración los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki ⁽⁸⁸⁾, en lo referente a “Comités de ética de investigación” en su artículo 23 que estipula:

“El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.” ⁽⁸⁸⁾

También incluyó el apartado de “Privacidad y confidencialidad” artículo 24

“Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.” ⁽⁸⁸⁾

Y de consentimiento informado que se aclaró en el punto anterior. Además, este trabajo se sujetó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, en el apartado “De la Investigación en Grupos Subordinados” ⁽⁸⁷⁾ capítulo V que indica en su artículo 57 que dicta

“Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.” ⁽⁸⁷⁾

Por tal motivo, y conforme al artículo 58, indica *“los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes”* ⁽⁸⁷⁾ por este motivo durante la investigación se modificaron los nombres o se codificarán para que esto no resulte en daño a la integridad de los participantes.

5.4. Declaración de no conflicto de intereses, de autoría y coautoría

El equipo de investigación declara no haber tenido conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias, y con la finalidad de que ello quede claramente establecido, se incluyeron los derechos de autoría descritos abajo. (Anexo 8)

La investigadora responsable es la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, quien fungió como directora de tesis del estudiante L.A. Gilberto Jasso Padrón, quien fue corresponsable en la investigación. En función de lo anterior, se estableció que el primer artículo que se genere como producto de esta investigación aparecerá como primer autor el estudiante, siempre que este participe de manera activa en la investigación y redacción del artículo de publicación. Los artículos posteriores que deriven de esta investigación manejarán la autoría conforme la dedicación de tiempo y esfuerzo para la redacción de los artículos.

Durante el proyecto de investigación, la investigadora responsable estará obligada a entregar al Comité de Ética e investigación de los Servicios de Salud de SLP., reportes periódicos de avances, el reporte final correspondiente y la publicación de los resultados en una revista nacional o internacional arbitrada, dando el crédito correspondiente sobre el financiamiento de la investigación a CONACyT y agradeciendo las facilidades brindadas a los Servicios de Salud del Estado.

5.5. Impacto para la asimilación y adopción de resultados

Los resultados de la investigación serán presentados ante la institución y su personal, con particular importancia a quienes fungieron como informantes, o bien a otro personal que se considere pueda beneficiarse de la información.

Se presentarán los resultados a instituciones sanitarias y de desarrollo social que puedan incidir en la elaboración e implementación de políticas públicas dirigidas a erradicar la mortalidad materna y potenciar el desarrollo social de las mujeres.

Se publicará artículo en una revista especializada de Salud Pública, en dicha publicación se darán los créditos al CONACyT por el financiamiento para el estudio, así como a los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por facilitar el contacto con la población. Se participará en un congreso internacional para la difusión de los hallazgos recabados. Los resultados se plantearán a manera de propuestas en materia de política pública que se harán llegar tanto a SSSLP como a facultades que participan en la formación de recursos humanos para la salud.

VI. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados, se inicia con los conceptos ordenadores que integran la tesis y posteriormente los surgidos durante el análisis. Se utilizaron siete entrevistas recabadas durante los meses de diciembre de 2019, enero y marzo del 2020. A manera de caracterización, se presentan datos sociodemográficos de los informantes para este análisis.

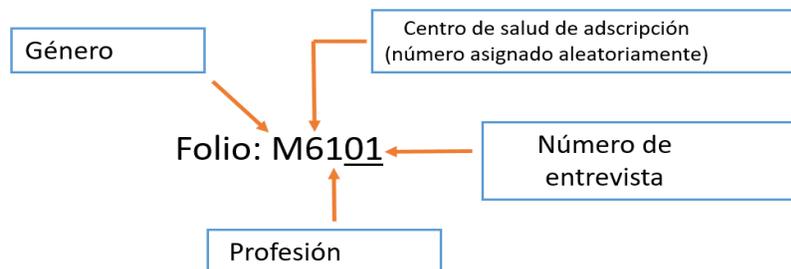
Tabla 3.Características de los informantes

Género	Profesión	Centro de salud de adscripción
Mujeres: 5	Enfermera y médico	Terceras, Ma. Cecilia y Anáhuac
Hombres: 2	Médico	Terceras y Ma. Cecilia

Fuente: elaboración propia

El folio de cada entrevistado está integrado de la siguiente manera:

Imagen 4.Asignación de folio



Fuente: elaboración propia

Cabe señalar que el número de centro de adscripción fue elegido aleatoriamente para el buen ejercicio de la investigación, ya que uno de nuestros compromisos éticos es el de la confidencialidad y por esta razón los resultados son presentados de manera general. El número de profesión fue asignado de la siguiente manera: 1) Enfermera (o) y 2) Médico y el género tanto masculino (M) y femenino (F)

6.1. Planificación Familiar

La Planificación Familiar es definida por los informantes como toda acción que se realiza para convencer, orientar, ofrecer, concientizar, controlar, entre otras; para que la población usuaria (principalmente mujeres, puesto que se refiere más a ellas) decidan el número de hijos que desean. Tal como se describen a continuación:

“Pues es un... como... acciones, herramientas precisamente para que la persona tiene para que ellas decidan el número de hijos (...) la Planificación familiar es ofrecer un método, anticonceptivo a las mujeres, para que planeen su embarazo, para que ellas decidan cuando quieren embarazarse, en qué momento, o sea que ellas lo planeen, o sea es planear, nosotros nomás ofrecemos y ellas las siguen.” (F5106)

“La Planificación Familiar...eh... o sea... yo creo que la planificación como tal... es como... o sea, lograr que puedas este... llegar a ciertas metas o ciertos objetivos, como tal la palabra. Hablando de la familia, creo que estos métodos nos ayudan mucho en esta parte de decir, cuántos hijos, cada cuanto los quiero” (M2204)

“tú le das la orientación, a todos los pacientes en la unidad cuando son mujeres en edad fértil, siempre se les da la orientación de la planificación familiar a todas las que acuden” (F6101)

Cabe señalar que al hablar de Planificación Familiar, ésta emerge como sinónimo de ofertar métodos anticonceptivos, o en su caso hablar de métodos anticonceptivos es equiparable a “métodos de Planificación Familiar” por lo que una parte de ésta, o más bien, el medio (instrumento) por el cual se efectúa la PF explica el todo (metonimia¹⁰).

La Planificación Familiar se relaciona con otra sub-categoría que surge durante las entrevistas, el de "Batallar", ésta tiene un *sentido*¹¹ *negativo* dentro del contexto en el que se produce, puesto que es referido como una situación por la cual no se acatan

¹⁰ Designar una cosa (concepto) por el nombre de otra (significado), con la que tiene una relación de causa-efecto

¹¹ “Idea que representa un signo” o “idea a la que puede ser referido un objeto de pensamiento” ⁽⁹²⁾

las recomendaciones que hace el personal de salud, de ahí que cuando éstas se acatan surgen expresiones como “*sí se consigue, se logra*” que tiene un *sentido positivo* dentro del contexto de la Planificación Familiar, y su contraparte negativa “se pierde (la batalla)” que inclusive se relaciona con la “*pérdida de pacientes*” o desemboca en “*embarazos de alto riesgo*”. Prueba de ello se encuentra en el siguiente fragmento discursivo.

“Aun así, a veces es una batalla que tenemos que llegar hasta el final, a veces sí lo conseguimos. A veces llegan después del embarazo, y [decimos] ¿qué pasó? ¿Con qué te vas a quedar? Interpretar en el plano discursivo los imaginarios que tiene el personal sobre sexualidad, reproducción y maternidad mediante técnicas de análisis del discurso. ¿Con que método? - “No es que todavía no lo he pensado”, [entonces] insistimos nuevamente” (F6101)

Hablar de PF es relacionarlo con varias de las subcategorías que sobresalen en el análisis, como son las de *Convencer* y *Concientizar*. Éstas implican por un lado “*buscar la forma*”, la “*manera*” en la que se oferta el método anticonceptivo por parte del personal de salud, ya sea de manera formal o informal. Una acción que conlleva el uso de la “*insistencia*” por cualquier medio. Desde estrategias como tamizajes durante las visitas a otros módulos o mientras esperan en filas o en el área de vacunas del centro de salud, hasta seguimientos telefónicos y elaboración de talleres en escuelas (para usuarias adolescentes de alto riesgo) o en los mismos centros de salud como son dentro de los *clubs* de embarazo para ofertar métodos en etapa de puerperio o en consejería. El “dejarse convencer” está íntimamente relacionado con “*estar conscientes*” o “*hacerlas conscientes*”, es decir, una acción vista como positiva y que a su vez se relaciona con “*ser buena paciente*” puesto que ahora “*sabe sobre los riesgos*” que implica el no aceptar un método anticonceptivo.

“Pues yo creo que en todos los consultorios lo que enfrentas más, más, más difícil pues es convencer realmente al paciente, ¿no? O sea, tú le das su explicación, le dices el motivo, la razón por la que debe de cambiar ciertas cuestiones de su vida y eso es un reto porque tú lo tienes que realmente convencer de que si lo realiza va a haber un cambio positivo en su vida” (F5206)

“les hacemos ver el riesgo (...) a veces si me ha tocado que vienen y dicen “es que me quiero embarazar”- ¿te quieres embarazar? ((pregunta con desanimo, hace gesto de desaprobación)), ¿cuántos años tienes? “no pos 38-40” -a ok- ¿eres diabética o hipertensa?, “no que diabética” lleva el control con nosotros, muy bien -y luego ¿qué va a pasar?, ¿quieres tener un bebé que también traiga diabetes, o quieres ponerte mala y ahí quedar?, tuve un caso que esa señora que sí aferró que quería embarazarse y se embarazó, sí, es muy difícil, deberás es muy difícil a veces hacerle ver a los pacientes que si ya tienen hijos pues que disfruten los hijos y su enfermedad llevarla ahora sí que como les indique el médico, es un poquito difícil con las pacientes crónicas.” (F6101)

“bueno tienes que estar buscando igual aquí planificaciones primero ganar confianza y después seguir platicando y platicando (...) ir ganando poco de confianza un poco de confianza y al final ya le sueltas - ¿con qué se cuidan? (...) a veces viene en el centro de salud no con la mentalidad de que van a venir a planificación, venían con la mentalidad de que vienen por su medicamento para su enfermedad o algo, entonces aparte es de mentalizarlas o agarrarlas en donde andén en su mente a lo que venía, lo que tienen que hacer después de aquí y las agarras y véngase y llevarlas en ocasiones rápido porque tienen que irse.” (M2204)

Tal como puede apreciarse, el *convencimiento* implica desplegar una serie de estrategias que el Personal de Salud utiliza para llegar a un fin, el uso de algún método o evitar el embarazo. Como se ha descrito con anterioridad, la aprobación de éste es equivalente a que los usuarios sean “*conscientes*” Por lo que el acto de implementar la Planificación familiar es descrito como una acción de *concientizar*

“a lo mejor no lo voy a lograr en una consulta, pero a esta paciente la voy a estar viendo mes con mes o cada dos meses para darles su tratamiento y todo eso estar viéndolo, viéndolo, viéndolo, viéndolo, viéndolo, viéndolo, viéndolo, ((golpea levemente la mesa en reiteradas ocasiones)) entonces llega un punto en el que la paciente o va hacer conciencia o a lo mejor ya sea que sí se pongan método que, no se ponga un método pero busque no embarazarse o que aun así como quiera mida, o sea, dimensione el problema en el que pudiéramos meternos, ella como familia ella como paciente y nosotros como profesional de la salud” (M2204)

“A veces no se cumplen las metas, pero nosotros hacemos... es mucha la insistencia de nosotros, muchísimo no tienes idea, de cuánto insistimos. A veces hay gente que dice “no es que no voy a planificar o sea no”. -Bueno de rato te veo otra vez aquí embarazada-” (F6101)

“de que... se dejen orientar por nosotros de bien cómo iniciar un método porque muchas veces ellos vienen con un “ay yo quiero un método” y luego se molestan, cuando les decimos miren -ustedes tienen que venir con estas características, en este día de menstruación y bla bla bla. (...) ese es el mayor reto que la verdad los pacientes se concienticen (...) hay algunas que de verdad no, tienen... baja escolaridad o por la edad no sé y no llevan el método como debe de ser y es cuando salen nuevamente embarazadas, pero sí se les vuelve a orientar y bueno ahí es donde bueno ya cuando ya necesitan concientizarse más, y no solo orientarse sino saber qué estén concientizadas” (F6102)

En este último fragmento, inclusive se relaciona la falta de aceptación o de convencimiento con la “*baja escolaridad*” algo que se repite en otras entrevistas, inclusive se habla de que esta situación llega a ser producto de su “*bajo nivel de cultura*”, lo que evidencia una postura etnocentrista y la ausencia de competencias interculturales al momento de consultar:

“entonces como que también su nivel de cultura es un poco distinto, allá tienden un poquito más a planificar sin tanto, tanto como aquí que aquí si es... eh... allá es más fácil que te lo acepten o lleguen pidiéndotelo aquí por ejemplo sí la población de aquí alrededor ya te acostumbras, ya sabes cómo platicarlas cómo empezar, cómo esto, pero sí tiene su manera muy, muy, muy ((tocando la mesa)) particular de ser (M2204)

La planificación es vista como una batalla (F6101) en la que se busca que la paciente ceda por medio de una serie de herramientas discursivas de *convencimiento* o negociación, sin embargo, ésta a la vista del personal de salud, cuando es negativa, es decir que no logró su cometido, marca una distinción taxonómica caracterizada y descrita por “*estar concientizada*” o “*no estarlo*” relacionándose con “*niveles de cultura*”, “*niveles económicos*” o “*niveles educativos*”. Por lo que los valores culturales que no son similares a los que el personal posee, son devaluados o incluso juzgados.

Otra de las subcategorías emergentes, es el de la *vigilancia*, este se relaciona principalmente con las mujeres embarazadas, particularmente entre quienes cursan con alguna enfermedad crónica. La *vigilancia* no sólo la conforma una serie de formatos dentro el historial clínico para el control de la paciente en el centro de salud (hoja de línea de vida, tarjetón perinatal, fondo uterino, hoja de riesgo, etc.), implica también una serie de estrategias de seguimiento en el cual se busca garantizar la asistencia de las usuarias la Centro de Salud, desde el control de los métodos anticonceptivos, hasta la vigilancia de alguna complicación durante el puerperio. Lo que más resalta en las entrevistas es el uso de medios como la telefonía celular (debido a que contexto en las colonias en donde se trabaja es percibido como violento) y las visitas domiciliarias, por lo que necesariamente el centro de salud, es extra muros, flexible y extensible.

“En el mes nosotros hablamos por decir a las pacientes que están inasistentes, les realizamos una visita que para nosotros ya las visitas en común por el riesgo de la zona mejor las hacemos por una llamada telefónica a la paciente, ya ahorita en el insumo desde hace como 2 o 3 meses no hay por decir hormonales inyectables, entonces le hablamos a la paciente directamente” (F5106)

“si faltas a tu consulta nosotros tenemos una estrategia, sabes que, ¿qué pasó? ¿Por qué no viniste a tu consulta? “No pues, porque estaba lloviendo, porque este no pude, o fui el kínder de la niña...” Entonces les agendamos nuevamente su cita, no las dejamos, así como que ya no vino, bueno ni modo. No, les agendamos su cita o les hablamos por teléfono, normalmente usamos lo que son las vistas domiciliarias, pero es un área que no se presta para hacer visita domiciliaria entonces mejor del teléfono.” (F6101)

Entonces yo creo que sacas de todo eso que te ha pasado y das la capacitación mejor a las pacientes, o sea siempre después del parto, sigue la información en puerperio -Tienes que ver esto, vigilar esto, atenderte con esto, pasa y todo- entonces ya son casos que te van diciendo, es que tienes que vigilar esto, porque esas pacientes ya estaban en su casa, ya aparentemente ya pasó la etapa más crítica y aquí es de que rápido canalizarle dos venas hacer todo lo que tienes que hacer de urgencia (F5105)

La vigilancia implica también interrogar a modo de estrategia de la Planificación Familiar a mujeres en edad reproductiva que simplemente pasen por algún lugar del Centro, se les hace “*cautivas*” o se les “*agarra*” para la consejería.

“de ahí agarramos muchas adolescentes, pero también agarramos a las de alto riesgo, casi ahí vamos más o menos y me pasan mucho a las embarazadas acá también. Por eso digo esos dos rubros lo que es embarazo o embarazadas o post evento obstétrico pasando casi todas las tengo un poco más cautivas son las que más veo, sin importar si son menores o mayores de edad, pero casi todas son ellas.” (M2204)

Hacerlas cautivas, desde luego que proviene desde una analogía bélica, recompensa de las batallas. En este caso, el sentido en el que se nombran éstas acciones es otro, resignificado para aspectos operativos en servicios de salud, pero que se relaciona íntimamente con la *batalla* y la *vigilancia*, que ya hemos descrito.

6.2. Maternidad

En el análisis se encontró una distinción marcada por el género de los entrevistados. A pesar de que para fines de este trabajo de investigación los resultados son descritos de manera general, este es uno de los casos en los que es importante exentarla de regla. Puesto que de esta manera se puede comprender de mejor forma.

En personal de salud entrevistado de género masculino, se encontró una definición de la maternidad que refiere en general a un proceso fisiológico, es decir, una definición vinculada a procesos reproductivos. Inclusive uno de ellos lo refirió a manera de un proceso hasta patológico cuando surge una complicación.

“un proceso que no es patológico ((risas)) pero se puede volver patológico en cualquier momento es una situación ((sonríe mientras habla)), eh decía un ginecólogo que tuve de maestro, decía “las embarazadas no tiene palabra de honor” y es cierto, puedes tener un embarazo completamente normal, todo el control prenatal muy bien, todos los laboratorios muy bien,

pero que al momento del parto, al momento de la cesárea, por ahí::: nos salga una complicación, entonces es difícil” (M2204)

Desde luego, se muestra una visión desde la profesión del personal de salud, donde los procesos de control e intervención para garantizar la salud son muy importantes. Sin embargo, en las mujeres entrevistadas, la definición de la maternidad, necesariamente hizo describirla desde sus propias experiencias, desde su corporalidad, el hablar de sí mismas. Tal como se describe en los siguientes fragmentos discursivos.

“de forma personal pues creo que es lo más bonito que me ha pasado en mi vida o sea sí dicen que (sonríe) tu eres más importante, o sea que tú eres, como quien dice la cabeza no, y todo lo demás gira a tu alrededor o sea tu eres como que. Yo pienso que cuando llegas a tener un hijo las cosas cambian por completo, o sea, piensas mucho en tu hijo y muchas de las cosas que quizás, no debería de ser así, pero como madre yo, pues tú nunca lo vas a experimentar. Pasas no a segundo término, no tampoco, hay momentos en los que sí, pasas a segundo término, ahora sí que tu hijo es como tu prioridad. O sea, la maternidad es como darte, entregarte a otra persona, es un sentimiento de amor hacia otra persona” (F5105)

“maternidad, es un... es un... ((Sonríe mientras piensa)) <ahora sí que es un... este... concepto que abarca muchas cosas, porque desde que empiezas a saber que estas embarazada te cambia todo tu mundo, desde ahí tienes que llevar la preparación desde ahí empiezas a tener este... inmersos sentimientos, entonces es un cambio global en tu cuerpo en tu modo de pensar, en tus emociones... y que nunca se acaba, no porque nazca tu bebé se acabó eso de la maternidad o sea eso continua> (...) <cambia todo, cambia todo tu mundo en cuanto a personal y en cuanto lo yo veo con mis pacientes>. Yo a veces le digo a mis pacientes también cuando tienen un embarazo – si ahorita se siente cansada, duerma porque al rato que nazca su bebé quién sabe-” (F6102)

Otra de las entrevistadas por su parte, describe lo siguiente:

“Para mí en realidad es una etapa muy muy padre ((sonríe mientras habla)) que yo ya pasé en mi vida, y que fue la mejor etapa, pero a la vez, a mí en lo particular en el segundo embarazo me marco tanto en el trabajo de parto que dije- ahora sí como dicen las señoras –yo nunca vuelvo, nunca vuelvo a

estar aquí porque, sí es un poquito traumático (...) y entonces de ahí dije – nunca voy a volver aquí- y él siempre decía “vas a volver al otro año”- no, no, no, olvídate en mi vida no quiero volver aquí es algo así como que... me dolió tanto, sabes- y me dicen “pero todas las mujeres pasan por eso” y les digo, -sí pero a lo mejor hay otras más valientes que yo y no soy tan valiente como para estar aquí en este momento- pero es algo ((risas)) pero ves tu recompensa y dices -bueno sí es cierto vale la pena, vale la pena vivirlo- por lo cual todas las mujeres deberían de cuidarse cada mes o cada trimestre de embarazo, vale la pena cuidarse” (F5106)

En este fragmento inclusive se narra la interacción que tuvo el personal de salud con otro, en este caso de género masculino que la atendió y en donde se vislumbran esta distinción entre *ser personal de salud-hombre* que caracteriza la maternidad como un proceso en el cual “*todas las mujeres pasan por eso*” y la identificación de ella misma con sus pacientes, al decir que es un “*hecho traumático*” como dicen “*las señoras*”. A pesar de ser una narración que se presta a interpretaciones de terceras personas, hay que recordar que, en el discurso, estos fragmentos llevan implícitamente (como mensaje) una caracterización sobre los *otros*, en donde se vincula con una referencia de identidad o alteridad.

La maternidad, definida como una etapa que es “*maravillosa*”, “*bonita*” y de la que “*vale la pena vivirla*” difiere de ser vista como un proceso fisiológico, puesto que es descrita desde una convención sociocultural¹², atravesada a su vez por el género, desde la corporalidad, desde la experiencia de las mujeres.

Desde luego, existe su opuesto, descrito a través de los procesos de Planificación Familiar y del riesgo-obstétrico, en donde se busca mediante la consejería, *desincentivar* en la decisión de tener un hijo, esta subcategoría surge precisamente como *código vivo* llevado a otro nivel por el número de frecuencias discursivas que lo alimentan.

“lo mejor es qué tenemos pacientes con enfermedad que conocemos, a lo mejor diabetes e hipertensión, que no han tenido hijos que tuvieron en alguna edad muy temprana alguna de estas enfermedades pues bueno

¹² Desde luego la descripción biológica sobre la reproducción y la maternidad es también una convención cultural.

también es tu trabajo como doctor y que aquí con el módulo de planificación tal vez sí que se embarace, sí ayudarla y bueno la paciente que a lo mejor tiene cuatro o cinco o seis cesáreas no sé si sea lo correcto, el término correcto pero tal vez es desincentivar que tengan este hijo, entonces no, no es como una respuesta general sino es ver cuáles son las expectativas y cuáles son los planes de la paciente y que no pongan en entredicho su enfermedad, eso hay que verlo” (M2204)

En el fragmento anterior, también se encuentra otra taxonomía, la de "*pacientes con enfermedad crónica que nunca han tenido un hijo*" y la de "*pacientes con enfermedad crónica que sí han tenido hijos*". La primera es apoyada por el Personal de Salud y la segunda pasa por el proceso de *desincentivar*. Aquí, se muestra una valoración moral que se hace constante en las entrevistas, como lo pueden constatar los siguientes fragmentos.

“pues mira yo pienso que todas las mujeres tenemos esa oportunidad y esa bendición de ser madres, pero yo creo que es importante reconocer cuando tenemos un riesgo, o sea sí tenemos ese derecho, lo que tú quieras, beneficio porque a lo mejor alguien lo va a ver así. Pero sí una mujer está en estas condiciones y ella a lo mejor decide tener un embarazo, yo cuando lo veo mal, es cuando ya tiene dos hijos y quieren más, (...) si no tiene hijos y está a lo mejor joven, no sé 25 años, se acaba de casar y quiere un hijo yo creo que se pueden ayudar a favorecer todas las condiciones, que tampoco se nos va a garantizar que no tengan alguna complicación, pero se pueden ayudar a favorecer las condiciones para que tenga un embarazo. O sea, si ella lo desea y si se compromete (...) Pero como te digo si es una paciente que ya tiene 2 hijos y ya se le vio mal en un embarazo y ahorita quiere otro, por razón de que, qué razones bueno, también a lo mejor estoy prejuzgando ((ríe)) (...), pero mi salud está primero.” (F5105)

“otro grupo que tenemos son las embarazadas que tienen antecedentes gineco-obstétricos de riesgo, pues bueno ahh ((expresión molestia)) todo personal de salud hemos batallado con la paciente que tiene 5 embarazos y los últimos 2 de ellos han sido abortos y aun, así como quiera, no quiere, o sea quiere otro hijo o sea no ven esa parte del riesgo ¿no?” (M2204)

Una mujer médica, por su parte comenta.

yo creo que la maternidad es una opción que se nos da nada más a nosotras las mujeres y que nosotras somos libres de elegir , cuándo, cómo y dónde, también creo que hay personas que no quieren ser madres y es válido y están en todo su derecho y muchas veces la sociedad presiona, la familia y este... por ejemplo yo en lo personal no soy mamá, no tengo niños adoptados tampoco, y para mi ese momento en mi vida no es una prioridad, digo habrá quien toda su vida ha sido prioridad toda su vida ser madre y en mi caso no lo es, yo siento que las mujeres libre en decidir si quiere o no ser madre cuándo, cómo y dónde en caso de que lo decida y cuantos hijos tener. Pues a final de cuentas nosotras las mujeres somos las que batallamos, como siempre digo con los métodos anticonceptivos, batallamos con el embarazo, digo no es así como que lo peor que nos pueda pasar, no... pero yo creo que cuando uno decide ser madre debe estar física y mentalmente capacitada para hacerlo, prepararse, es como yo lo digo (F2207)

6.3. Enfermedades crónicas y Alto riesgo obstétrico

Las enfermedades crónicas mayormente descritas como prevalentes en los centros de salud que formaron parte de este estudio son las hipertensivas, la diabetes mellitus, la obesidad y el hipotiroidismo, en los casos en los que se han encontrado con embarazo. Sin embargo, el personal de salud menciona que la mayoría de esta población es mayor de cuarenta años y que “*rara vez*” las atienden por un embarazo

“realmente no es muy frecuente, esas pacientes, muchas por ejemplo tienen ya su consulta en el núcleo básico por el problema crónico que pudieran presentar. El ginecólogo no ve los problemas crónicos, entonces vas a encontrar que están más en núcleo esas mujeres ya. Sin embargo, aquí nos ha tocado ver unas que llegan ya referidas por hipertensión y embarazo o porque se quiere un método definitivo y tiene diabetes o tiene hipertensión, pero son más allá. Sí tenemos, pero es realmente muy poco porcentaje de pacientes.” (F5105)

Yo en realidad no tengo pacientes crónicos en mi núcleo actualmente que estén embarazadas, son mayores las que lo tienen, pero en los otros núcleos si hay pacientes, por ejemplo, hay uno que tiene una paciente que tiene 14 años y está cursando el último trimestre de embarazo y es una paciente

diabética, es insulino-dependiente, es una diabetes tipo I, entonces la manejan de esa manera, (...) aquí nada más viene para control de embarazo y en el central va para control de su enfermedad. (F5106)

En cuanto al alto riesgo, los entrevistados sitúan a las adolescentes en su gran mayoría y a las mujeres adultas, en un grupo de edad correspondiente al término de su edad reproductiva, además de mujeres con historial de complicaciones obstétricas. También se hablan de mujeres con abuso sustancias, víctimas de violencia (que están en albergue) y con enfermedad mental, que incluso son caracterizadas como las “*más complicadas*”.

"los pacientes con enfermedades mentales en algunas ocasiones el problema son los familiares ¿no?, que bueno creen que no requieren [método anticonceptivo], más sin embargo pues hemos tenido por allí algunos sucesos, algunos percances en el que han salido embarazadas y no necesariamente por una violación si no que dentro de lo que cabe lo hicieron consensuado, ¿no? Entonces llegan a embarazarse y bueno ahora sí ya después vamos a ponerles un método ese es el problema". (M2204)

6.4. Sexualidad

La sexualidad es descrita en términos tanto de “*disminución del deseo sexual*”, como a partir del de “*sexualidad activa*”. Ambas parten de la misma apreciación, es decir, se parte desde la sexualidad activa en la edad reproductiva y se piensa que ésta disminuye debido a las enfermedades; por ejemplo, cuando se habla de mujeres con Enfermedad Crónica, su vida sexual es descrita en términos de “*disminución del deseo sexual*”, esta característica a pesar de que tiene un argumento biomédico⁽³²⁾, también tiene implicaciones sociales, puesto que refuerza el imaginario de que el riesgo de que estas mujeres queden embarazadas es bajo, y por lo tanto es frecuente que se relajen las estrategias de seguimiento en materia de PF

“Casi por lo general el paciente crónico lo que me ha tocado ver aquí es que disminuyen su la frecuencia sus relaciones sexuales, tanto del hombre diabético hipertenso como de la mujer, como que el hecho no sé de saberse

enfermos, hace que... bueno sí fisiológicamente disminuye su lívido ¿no?, pero como que hace que esto tampoco tenga esa búsqueda de intimidad” (F6102)

“el tiempo que tiene con su enfermedad, también afecta esa parte [sexual], tanto en hombres como en mujeres afecta esa parte de la sexualidad” (F5106)

A pasar de que se diga que se disminuye el deseo sexual, también es cierto que se logran embarazos, y es a estas mujeres que se embarazan a quienes clasifican dentro de la categoría de “malas pacientes”, la que se relaciona con otra que tiene que ver con el riesgo, es decir una construcción teórico-práctica basada en la biología y en las condiciones de comorbilidad.

“ahora esa paciente en el siguiente embarazo va a ser muchísimo más alto el riesgo, conmigo vino, le ofrecí método, no lo quiso tampoco, ahí nosotros sí nos amparamos. Paciente con alto riesgo, me firma aquí que yo le estoy ofreciendo el método y usted no lo acepta, por si llegara a pasar algo yo como médico di la consejería, ofrecí los métodos y la que no aceptó fue la paciente. Entonces a esa paciente obviamente se mandó a ginecología, se le dio cita aquí conmigo, no vino a su cita obviamente, ¿verdad? [habla mientras sonríe] pues ya, se le marcó para agendarle una nueva cita, la tiene la próxima semana, a ver si va venir. (...) como digo es por machismo. Por eso también los pacientes que quieren niños y ellas por quererles dar el niño al esposo, siguen embarazándose, por el hecho de que quieren que el varón nazca y no les importa si llevan 6 o 7 embarazos.” (F2207)

En el discurso anterior se muestra que incluso cómo, el no ofrecer un método anticonceptivo a las mujeres diagnosticadas con una enfermedad crónica, se considera negligencia. Por el riesgo que implica para el personal de salud tanto de salud de los usuarios como en términos médico-legales. Desde la lógica antes mencionada, la noción de *riesgo* se extiende, el riesgo no es sólo de las mujeres que lo asumen (y que no parten de esa lógica), sino también es para el personal de salud que debió haber previsto e intervenido para evitar dicho riesgo, porque el no hacerlo se considera una falta ética y legal en el ejercicio de su profesión.

El ejercicio de la sexualidad en las mujeres con enfermedad crónica es vista como una esfera restringida por la enfermedad, donde si bien las mujeres tienen el derecho irrenunciable a la reproducción, se parte del imaginario de que los embarazos no son deseables y consecuentemente se busca que se eviten, ya sea con métodos de acción prolongada o principalmente los definitivos una vez que se alcanza la “paridad satisfecha”, esto contiene una serie de riesgos biológicos para las usuarias y ético legales para el personal de salud, que está inserto en un sistema de salud que marca ese ritmo.

La sexualidad también tiene un sentido negativo no por el derecho a la salud sexual, sino por las condiciones y por los juicios de valor en que ésta se circunscribe. Para ejemplificar lo dicho, se habla de las mujeres que tienen enfermedades mentales, tales casos se describen de la siguiente manera:

“Las relaciones sexuales, no es un impedimento, solo si fuera una situación muy..., que dijeras... [frunce la ceja] una vez vino una mujer que tenía una paraplejia en una pierna y la enfermera me dijo “cómo le hizo para embarazarse” [frunce la ceja]” (M6203)

Se vuelve un riesgo para la salud, para las metas, para el personal de salud y para lo jurídico, tal como lo comenta un médico.

“sí, aparte los pacientes que pues este... tienen ese tipo de patologías y una edad mental menor a la edad este... cronológica pues este... pues el caso de que se llegaran a embarazar pues... incluso puede llegar a.... pues la persona verdad, que sea el papá de esos bebés puede tener problemas porque digamos que puede estar considerado como una violación [baja la voz] entonces pues la mamá para evitar ese tipo de situaciones..., o también hay pacientes que por ejemplo que, aunque no tengan vida sexual activa, en estos casos, si la paciente llegara a tener alguna crisis y que de repente se sale de su casa o se pierde, pueden llegar a violarla... entonces... pues también para evitar el embarazo. [baja la voz] (F2207)

Y continúa con otro ejemplo.

“la esquizofrenia es una enfermedad mental que normalmente es genética, se puede llegar a transmitir, a heredar. Entonces tengo ahorita tres pacientes con esquizofrenia, podría decir, son gemelas ellas y la mamá, (...) pues obviamente la mamá también no quiere que se embaracen por todo lo que lleva el riesgo. Que ellas se embaracen y tengan pues hijos igual con esquizofrenia y aparte que no están digamos su... edad mental no es la que aparentan es menor (F2207)

El ejercicio de la sexualidad en las mujeres con enfermedad mental está oculto, negada por la enfermedad, se percibe como irresponsable y consecuentemente, dentro de este imaginario no es deseable el embarazo. Se coloca nuevamente en la palestra el reconocer la reproducción como un derecho que es limitable en ciertas condiciones.

Durante las entrevistas también surge la temática de la sexualidad en adolescentes, sobretodo en la práctica que conlleva “*concientiza*”. Como se ha descrito con anterioridad, en cuanto a Planificación familiar, el reto para el personal de salud está centrado principalmente en población adolescente, y como también se ha visto en los discursos, muchas de las acciones de consejería van dirigidas a esta población. Se parte de la idea de retrasar el embarazo y ofrecer métodos anticonceptivos, partiendo desde los derechos sexuales, bajo el eslogan de decidir “con quién, dónde y cuándo”, nunca negando el ejercicio de la sexualidad, pero buscando desalentar la reproducción en esta etapa de vida.

“ahorita tenemos bastante adolescente de 13-14 años con embarazos. Tratamos no de evitarlo porque ahora sí que en las pláticas que nosotros les damos tratamos de concientizarlas, de que a lo mejor no es una edad adecuada para los embarazos y les ofertamos los métodos, pero a veces no los quieren.” (F6101)

“en adolescentes, habitualmente, no sé por qué agarran métodos por moda. (...) pero de todas maneras algunas sí se concientizan de que deben de cuidarse, pero hay algunas que de verdad no tienen... baja escolaridad o por la edad no sé y no llevan el método como debe de ser y es cuando salen nuevamente embarazadas” (F6102)

“realmente te quieres embarazar –“Sí” como que, sí es una expectativa de vida a lo mejor el embarazarte, pero nosotros tratamos como de: - retrásalo, retrásalo lo más que se pueda- al menos a brincar a los 20 años para que tenga menos complicaciones” (M2204)

“Respecto a las adolescentes son se me ha hecho complicado porque ahorita ya están más informados, ya están más informados y ellos mismos te piden el método. De hecho, me ha tocado ver casos de jovencitas de 14 años que no han tenido su primer embarazo, pero ya tienen vida sexual, y por ejemplo me ha tocado ver en dos ocasiones ver aquí en el servicio que vienen con el papá.” (F5105)

En contraste con las mujeres de mayor edad y con enfermedades crónicas, que esta suele equipararse con el hecho de embarazarse “asumiendo el riesgo”, las adolescentes son contempladas como sujetas que “*no están conscientes*” y por lo tanto ser “*mala paciente*” están íntimamente vinculadas, aunque aquí el ejercicio de la sexualidad es parte del derecho de las adolescentes y se busca controlarlo a partir de métodos anticonceptivos, en las mujeres con enfermedad crónica, el método puede ser el mismo o hasta definitivo, pero en caso de un embarazo la *vigilancia* y la consejería es más severa (aunque el embarazo adolescente no deja de ser de riesgo) por los riesgos ya descritos anteriormente.

Cabe señalar que si bien la temática relacionada con la sexualidad no es el eje más importante de este trabajo pues de serlo daría para toda una tesis al respecto. En este caso, esta temática es complementaria ya que se vincula con el embarazo tanto en mujeres sin enfermedades crónicas y diagnosticadas con tales, así como con la idea de maternidad y sobre las edades en las que se encuentran las usuarias que son caracterizadas por el personal de salud. De ahí que sea trabajado de manera general, pero interpretado a partir de las distinciones que hace el personal de salud sobre las poblaciones. Las diferenciaciones entre mujeres con enfermedad crónica, enfermedad mental y adolescentes, no solo fue referida por los entrevistados y que en apariencia no tiene mucho que ver con el tema central (mujeres con enfermedad crónica) pero que en el fondo sí lo tiene, ya que son el punto de comparación para hacer la distinción (diferente al de la “buena paciente” y “mujer consciente”).

La sexualidad es algo que se da por hecho cuando se habla, cuando se caracteriza, ya que ésta no se reconoce más que desde la reproducción, es decir vinculada con ésta tanto con la posibilidad de embarazo deseado o no deseado, planeado o no planeado, en riesgo o sin riesgo, y no desde lo afectivo o placentero. He aquí un aspecto importante al no separar por lo menos en el discurso (faltaría ver la práctica) la salud sexual y la salud reproductiva.

6.5. Resumen de resultados

A modo de resumen, se elaboraron los siguientes cuadros, en estos se explican las definiciones (guiadas por las perspectivas) de cada categoría de interés incluyendo algunas subcategorías y códigos vivos que ejemplifican cada una de estas dualidades (taxonomías), connotadas y denotadas a su vez, y de esta manera significadas, que realiza el personal de salud sobre sus usuarias y su atención. En los cuadros se agrupan de la siguiente manera:

Tabla 4. Taxonomía de Planificación Familiar

<i>DOMINIO (perspectiva)</i>	<i>Interfaz (dualidad)</i>		
<i>DOMINIO</i>	<i>Definición</i>	<i>Maternidad en mujeres con EC- que acepta método</i>	<i>Maternidad en mujeres con EC-que no acepta método</i>
<i>Personal de Salud</i>	Acción que se realiza para convencer, orientar, ofrecer, concientizar, controlar, para que los usuarios decidan el número de hijos que desean. "batalla" "métodos anticonceptivos" (metonimia)	"concientizada" "educada" "nivel de cultura alto" "buena paciente"	"no concientizada" "baja escolaridad" "nivel de cultura bajo" "paciente con la que se batalla" "son como niños" "es por su marido"

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Tabla 5. Taxonomías de Maternidad

DOMINIO (perspectiva)		Interfaz (dualidad)		
DOMINIO	Género (aspecto cultural)	Definición	Maternidad en mujeres con EC-sin hijos	Maternidad en mujeres con EC-con Hijos
	Personal de Salud-Mujer	“etapa muy bonita” “etapa maravillosa” (cultura)	“cumplir con el deseo” “apoyar” “buscar controlar primero su enfermedad”	Convencer “lo veo mal” Desincentivar
	Personal de Salud-hombre	Proceso fisiológico Proceso normal-patológico (naturaleza)	“apoyar” “buscar el momento ideal” “buscar controlar primero su enfermedad”	Desincentivar Convencer

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

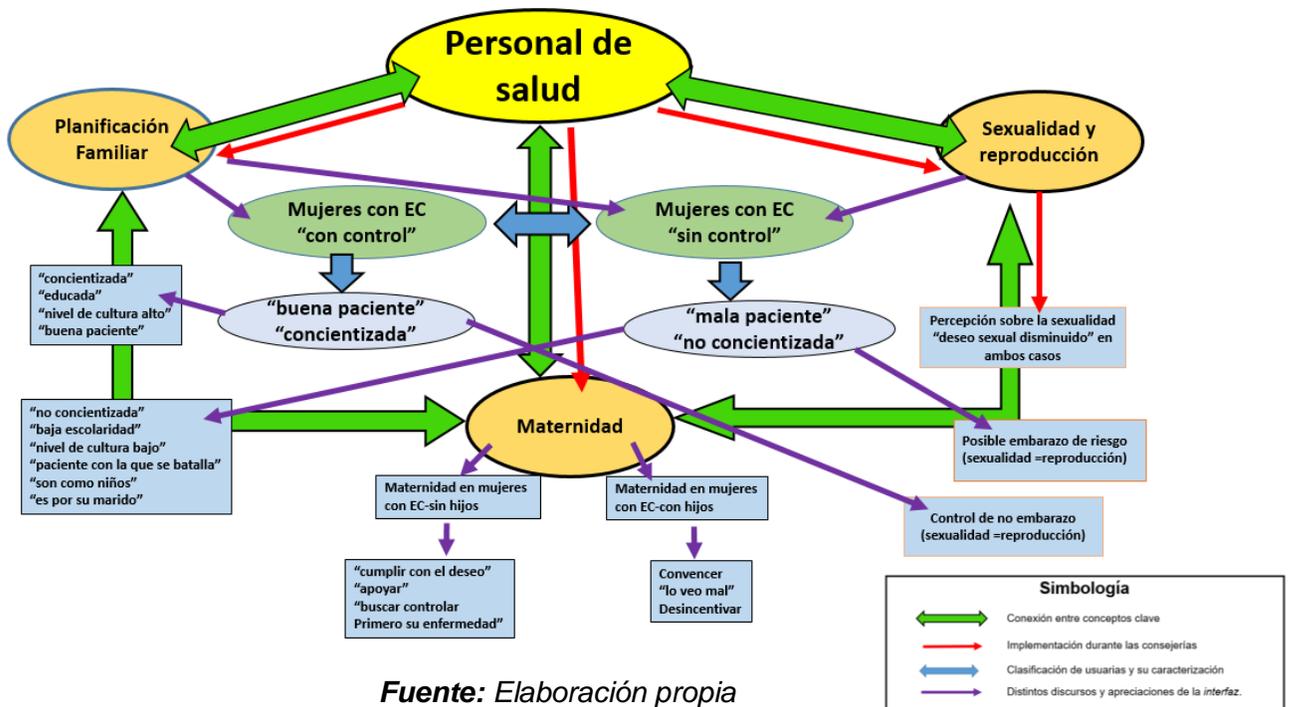
Tabla 6. Taxonomías de Sexualidad y reproducción

DOMINIO (perspectiva)		Interfaz: Sexualidad				
DOMINIO		Población	Mujeres con EC con método anticonceptivo	Mujeres con EC sin método anticonceptivo	Mujeres con enfermedad mental	Adolescentes
	Personal de Salud	Percepción de Sexualidad	“deseo sexual” “disminuye su líbido”	“deseo sexual” “disminuye su líbido”	Oculto por enfermedad No considerado consciente y en otros casos consciente	“sexualidad activa”
		Caracterización de Sexualidad	En control parcial o permanente No embarazo de riesgo	No controlada Posible embarazo. Riesgo U/PS	Controlado y no controlado Posible embarazo Riesgo U/PS	Se busca controlar “se debe aplazar” Posible embarazo. Riesgo U/PS
	Interfaz discursiva	“se cuida” “paridad satisfecha” “buena paciente” “concientizada”	“no se cuida” “mala paciente” “irresponsable” “no concientizada”	“poca edad mental” “no concientizada” “posible violación”	“no concientizada” “nivel educativo bajo”	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Desde la Perspectiva Centrada en el Actor, encontramos en los **dominios**, el aspecto de la maternidad se encuentra en el mismo dominio, es decir definirla desde la cultura, de “madre abnegada” y desde la *demanda social*, independiente del género del Personal de Salud, ya que en la práctica de consejería existe la distinción de apoyar/desincentivar por lo que se reproducen los ideales hetero-normativos de la reproducción y de valorar la *maternidad* por encima de la agencia en las usuarias. **Las interfaces**, son aquellos discursos intercalados entre personal de salud y usuarias, en donde se busca, desincentivar, concientizar, convencer para cumplir con las metas de la PF y logren el ideal de “ser buena paciente”. En este caso las interfaces son medios discursivos y prácticos de convencimiento. El centro de salud no sólo es el sitio donde se encuentran propiamente las **arenas**, donde tienen lugar estos “forcejeos” sino que se extienden a otros espacios sociales: las casas de las usuarias, las escuelas, su teléfono celular, etc. Los resultados también pueden ser descritos bajo un mapa de conexiones que se vuelve complejo ya que todo está relacionado, es así que la perspectiva del personal de salud transporta una serie de categorías y taxonomías en distintas dimensiones y realidades. En el siguiente mapa mental solo se muestran algunas de esas conexiones.

Imagen 5. Conexiones entre categorías y subcategorías analizadas



Fuente: Elaboración propia

Es aquí que se puede mostrar lo descrito con anterioridad, las flechas verdes muestran la conexión que tienen cada uno de los conceptos clave, por lo que establecen un dominio (de la cultura del personal de salud inscrita en el *habitus*). Las flechas rojas muestran su implementación durante las consejerías, y que son aparentemente separadas. Las flechas azules, muestran la clasificación que se hace de las usuarias y su caracterización, y las flechas moradas muestran los distintos discursos y apreciaciones de la *interfaz*. Aun así, la realidad social es más amplia y compleja, por lo que este es solo un ejercicio para tratar de ejemplificar las conexiones que se hacen en los discursos.

A continuación, se muestra a modo de tabla las agrupaciones de cada categoría general u ordenadora con las subcategorías emergentes durante el análisis.

Tabla 7. Categorías y subcategorías emergentes durante el análisis

CATEGORIAS			
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	MATERNIDAD	Percepción del contexto	
SUBCATEGORIAS			
CONVENCER "llegara a la consciencia"	DEF. MATERNIDAD GENERAL	PROBLEM. GENER	
CONCIENTIZAR	SEXUALIDAD EN EC	CARACTERISTICAS POBLACIÓN GENERAL	
PF. UNA BATALLA	DESINCENTIVAR	PROBLEMATICAS SOCIALES	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CARACTERISTICAS MUJERES CON EC y ALTO RIESGO	PROPUESTAS	
ESTRATEGIAS	Sexualidad en adolescentes		
MÉTODOS DE PF	Sexualidad en mujeres con EM		
VIGILANCIA			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

A manera de conclusión, lo verdaderamente importante en este análisis no son tanto los ejemplos en sí mismos, es decir si se usa como ejemplo a una paciente con tales condiciones u otra que siguió las condiciones, etc. Si no la estructura que da sentido a estas distinciones, ya que es ahí donde se encuentra el pensamiento, las representaciones y caracterizaciones que hace el personal de salud, mediadas por la cultura y esto nos remite al texto clásico de Levi-Strauss cuando menciona que *“los términos jamás poseen significación intrínseca; su significación es “de posición”, función de la historia y del contexto cultural, por una parte y por otra parte, de la estructura del sistema en el que habrán que figurar”*⁽⁹⁵⁾

Es así que las distintas taxonomías presentadas, llevan consigo no la forma en la que se describen sino una estructura de posición con la cual se hacen distinciones tanto de usuarias como de acciones. De esta forma se puede hablar de una serie de *transcodificaciones*, es decir *“significan una experiencia por medio de los signos de otra experiencia que le impone así su estructura”*⁽⁹²⁾ de ahí que las metáforas que aluden a la guerra, son importantes para caracterizar la experiencia y la acción del personal de salud, o dar consejos desde la experiencia personal interiorizada de la maternidad hacia las usuarias, en un caso una enfermera mencionaba que es mejor tener solo dos hijos, por el hecho de que ella decidió en su propio proyecto de vida solo tener dos, otra mencionó las dificultades y el dolor de parto y cómo el médico reaccionó minimizándolo, ella utiliza esa experiencia para hablar con las usuarias sobre el dolor, contrario a la médica que sin tener hijos, visualiza el dolor de parto como algo “normal” y nada “fuera del otro mundo”.

VII. DISCUSIÓN

A pesar de que en términos estrictos este trabajo no es concluyente respecto a completar el objetivo de describir los pensamientos y representaciones que tiene el personal de salud sobre las mujeres con enfermedad crónica, aun así, los hallazgos que se recuperan son pioneros en el estudio cualitativo con personal de salud, en nuestro estado y específicamente en la temática de planificación familiar. Si bien los discursos presentados son parte de la cotidianidad en un área de atención en salud, el análisis semiológico realizado posibilita desglosar en categorías que se han decodificado y se han llevado a un plano de taxonomía social que permite documentar las acciones que los profesionales llevan a cabo, a partir de las prácticas narradas.

En virtud de lo antes planteado, los resultados de la presente tesis deben contextualizarse en el reconocimiento de que se trata de un estudio pionero en cuanto a la planificación familiar vista desde el personal de salud e investigada desde lo cualitativo en nuestro estado, y de que sus resultados ofrecen un análisis de discurso del personal de salud, que si se trata con profesionalismo ayudará en formular mejores políticas públicas y estrategias desde la interculturalidad para mejorar la atención con la población.

Los hallazgos muestran principalmente cómo el personal de salud visualiza la planificación familiar y el *ser* o no *ser* madre en las mujeres con enfermedades crónicas, además esta perspectiva se vuelve lógica-práctica, pues la consultoría busca “convencer” “desincentivar” “vigilar” “apoyar” y “concientizar” a la población bajo la mirada de la cultura dominante y el *habitus* médico vinculado principalmente a la demanda social de género, enraizada en el Modelo Médico Hegemónico.

Lo anterior se ha descrito con anterioridad, aunque en el área de labor de parto con los estudios del campo social y *habitus* médico-autoritario de Roberto Castro ⁽⁵⁸⁾ quien documentó cómo las metas de la Planificación Familiar y todo lo que ello conlleva, manteniendo

“relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico (...) capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria.”

(58)

En este sentido y, sin embargo, resulta relevante situar sociohistóricamente el sentido del discurso médico hegemónico, problematizando cómo el personal de salud es a su vez sujeto de una construcción colectiva y encarna a su vez lo que Castro denomina "*habitus profesional*". Revisemos entonces cómo y desde dónde, el personal sanitario adquiere estas formas de pensamiento que expresa en su discurso profesional.

Lo primero que deberá tenerse en consideración es el tenor en el que las políticas internacionales sobre demografía fueron impulsadas en México, prácticamente a inicios de los años 60's, resultado del interés de impulsar un "progreso" y un "bienestar" a partir de reducir la denominada explosión demográfica, desde este paradigma, la planificación familiar se impulsó más desde "*perspectiva dirigida hacia el control de la natalidad como una empresa*" y no como una estrategia para garantizar derechos sexuales y reproductivos. ⁽¹⁰³⁾

En este contexto socio histórico, surge un mensaje que se contrapone con el pronatalista lanzado posterior a la revolución y esto mueve una serie de estructuras de pensamiento colectivo y las coloca en conflicto, no alcanza a visualizarse el sentido de "planificar la familia", esto comienza a lograrse hasta el año de 1974, que se crea la Ley General de Población, donde se fundamentan las bases de lo que se conoce hoy día como Planificación familiar. Es hasta que se aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar dentro del sector salud y hasta 1994 se publica la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar 005-SSA2-1993. ⁽⁴²⁾

En este contexto, el pensamiento que priva de manera exclusiva en torno a la natalidad es la de controlar, restringir, evitar y desincentivar los nacimientos, y por muchas generaciones se forma a los profesionales de salud desde dicho paradigma y para estas funciones. Es hasta mediados de la década de los 90's que comienza a hablarse de

derechos en materia de sexualidad y reproducción (separándolas) dentro de la Plataforma de acción de Beijing.

Conociendo el contexto internacional e histórico de nuestro país en materia de la Planificación familiar, debemos de entender que estas políticas se vinculan desde luego a preocupaciones ideológicas, demográficas, económicas y políticas de otros ámbitos y que como veremos más adelante sobrepasan el aspecto de la salud, que no deja de ser importante. Esta revisión nos permite entender que el actuar del personal de salud no está exento de esta ideología *biopolítica*, por lo que es necesario vincularla en esta sección de discusión.

Las motivaciones para impulsar la planificación de la familia no han estado separadas de la perspectiva de crecimiento económico para la nación, ejemplo de esto es que en el Programa de Acción Específico de Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018, se menciona que la PF *“incentiva la igualdad de género y la autonomía de la mujer y contribuye a reducir los niveles de pobreza”* ⁽⁴²⁾, esto vincula la PF precisamente con el aspecto económico, las prácticas reproductivas y consecuentemente sexuales de las mujeres, son vistas como un asunto en el que el Estado tiene injerencia, porque el tamaño de las familias determina los índices de pobreza, y también, la capacidad de las mujeres para insertarse como mano de obra en la economía de un país que devalúa el valor económico de los cuidados y el trabajo doméstico.

De todo lo anterior, que la intervención del personal de salud en materia de PF sea contemplada como una tarea y una de las metas prioritarias de los servicios de salud, también explica por qué se interviene desde una postura de control y norma, y no desde un marco de libertades y derechos. Para el personal sanitario, la PF se circunscribe dentro de acciones que tengan como finalidad *convencer, concientizar, controlar*, porque este es el origen de los mismos programas que operativizan, aunque recientemente se hayan redoblado esfuerzos por parte de la sociedad civil y la academia, por incluir en estos programas y políticas una perspectiva de derechos humanos. A continuación, analizaremos otra serie de situaciones planteadas en los propios programas y normas nacionales, que permiten explicar la actitud que el personal sanitario asume frente a la PF.

El ejercicio de la PF más que derecho detectado en la población, parte de un interés por controlar la sexualidad y la reproducción de las mujeres, un ejemplo de ello es la taxonomía analizada entre mujer con *enfermedad crónica sin hijos / mujer con enfermedad crónica con hijos* en donde se destaca un juicio de valor mediado por la cultura. Este control, no sólo es mencionado en las entrevistas, sino que también es descrito en misma Norma Oficial, la cual en su punto 4.1.3 menciona que la planificación familiar debe.

“ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionarlos otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.”

Este punto es contradictorio, ya que, si bien puntualiza el mayor riesgo reproductivo como una consideración que el personal de salud debe tomar en cuenta para favorecer su abordaje, no se habla en el mismo documento sobre un abordaje diferenciado que dé cuenta de una mayor vulnerabilidad de estas mujeres frente al riesgo preconcepcional, tampoco de estrategias de comunicación de riesgo puntuales o protocolos específicos para su atención. La PF se plantea como una acción importante a partir de sí misma y no a partir de las usuarias, donde lo que importa al parecer es la meta de evitar o retrasar el embarazo y no la satisfacción de las mujeres con su proyecto reproductivo o el nivel de consciencia y agencia que estas puedan desplegar en torno a su capacidad reproductiva.

Por otra parte, este “ofrecimiento sistemático” menciona el no condicionar los servicios, siendo que no dan cuenta de la capacidad del *convencimiento* o del *desincentivar* a modo discursivo, que determina una serie de condiciones (interfaz) y en la que se generan tanto resistencias como una aceptación ya condicionada. Para complementar este argumento vemos el punto 4.4.1.4, dónde menciona que durante la consejería *“La decisión del usuario debe ser respetada en forma absoluta y por ningún motivo se inducirá la aceptación de un método anticonceptivo en especial”* ⁽³⁾

Otra de las contradicciones viene en el punto 4.1.4, donde menciona que *“todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar”* ⁽³⁾ cuando sabemos que esta libertad no es plena para las mujeres, mismas que se ven increpadas para su adherencia a algún método anticonceptivo cuando asisten a algún otro módulo o incluso cuando van a los servicios de salud en calidad de acompañantes.

Se habla además de *“favorecer la participación activa del hombre en consultas de salud sexual y reproductiva”* ⁽³⁾ en el punto 3.2.1 sólo se menciona de esa manera, corta y sin ninguna acción clave, más que su presencia durante las consejerías, a modo de consentimiento.

Mención aparte merece el reconocer que el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 incluye una visión tradicional, utilitarista y de crianza de la madre. Puede leerse en este documento que la falta de ésta debido a la mortalidad materna tiene efectos devastadores debido a que.

“juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas”. ⁽⁴⁰⁾

Muchos de los objetivos de los planes y las normas son aumentar la cantidad de métodos y cobertura, argumentando que esto aporta en la *“autonomía de la mujer”*, sin embargo, como hemos dado cuenta en este estudio, esto no ocurre así, incluso teniendo los insumos una médica se pregunta “no saben lo que cuestan”. El problema se acarrea desde lo estructural de las políticas, en estos planes no se vislumbran cambios profundos para combatir la desigualdad, incluso señalan que quieren incluir al hombre, pero no hay acciones más que las de invitar a participar, así sin más, sin estrategia para hacerlo, caso contrario a lo que ocurre cuando se habla de las mujeres y sus cuerpos.

Ni hablar de la forma en que se operativizan las estrategias transversales, desde las cuales se pretende *“atender de acuerdo a diferentes corrientes culturales”* con la finalidad

de no violentar derechos humanos y sexuales. Pero sabemos que estas “corrientes culturales” están sesgadas desde la misma política, la cual busca coberturas desde lo jerárquico y no de forma intercultural, pensando en las usuarias y separándolas en categorías que diferencian las prácticas de consejería. Puesto que es parte del Estado, las políticas de salud y de su ideología dominante seguir restableciendo el orden social imperante.

En un artículo reciente sobre el tema, Hernández-Ascanio y de la Mata-Agudo ⁽¹⁰⁴⁾ hacen una fuerte crítica sobre las políticas internacionales en cuanto a PF, gestadas como ya se había escrito, desde la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y las conferencias del Cairo en 1994. Analizando principalmente los enfoques de éstas y de otras políticas y estrategias de acción en instituciones y ONG. Sobre este trabajo resaltamos la crítica hacia el denominado *enfoque de derechos*, que tiene como base integrar y exigir desde la jurisprudencia y lo normativo los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, éstos,

“Se han consensuado en espacios que no tienen capacidad vinculante para los participantes, porque no existe una asignación clara de atribuciones a los diferentes agentes implicados (Estado, sociedad civil y organizaciones del género femenino). Y (...) no existen mecanismos sancionadores con carácter internacional que respalden alguno de estos derechos.” ⁽¹⁰⁴⁾

Otro de los enfoques y que en este trabajo hemos analizado una parte de ellos (ya que las políticas de nuestro país en PF son parte de esta visión) es el denominado *enfoque de salud y enfoque de salud materno-infantil* en donde la mujer es vista como “sujeto pasivo” y que de esta forma se asume que “su función principal es participar del mismo desde el rol de “*madres y cuidadoras del bienestar familiar*” (...) *Este es un modelo de claro corte asistencialista*” ⁽¹⁰⁴⁾

Como se discutido a lo largo de esta sección, lo presentado es necesario para entender desde dónde se gestan estas perspectivas del personal de salud, es decir desde un constructo ideológico, legal, político, de salud que es construido históricamente y socio-culturalmente. Estas perspectivas van moldeándose en diferentes realidades en donde

algunas obedecen a un discurso ligado a los derechos sexuales y reproductivos, pero que en el fondo existe toda una estructura de pensamiento que hace distinciones al momento de consultar.

Ya lo apuntaría Ménendez, que la trampa en este asunto está en que *“el personal de salud pública no interviene o lo hace limitadamente sobre las condiciones estructurales (económico-políticas e ideológico-culturales)”*⁽¹⁰⁵⁾ desde esta óptica, podemos entender que aunque se busque “concientizar” a las mujeres con enfermedades crónicas o a las adolescentes en cuanto a los riesgos que hacen “batallar” al personal de salud y en general a las estadísticas para bajar la RMM, lo cierto es que no se logrará nada si no se descubren las condiciones estructurales que mantienen esta situación y no se reflexiona sobre las acciones, al igual que mantiene la penalización hacia el personal de salud que debe cumplir con lo asignado.

Otra de las cuestiones que ha emergido en este estudio, es la resistencia que muestran algunas mujeres para adherirse a alguna estrategia de planificación familiar, así lo ha expresado el personal de salud. En la literatura existen estudios (principalmente cuantitativos) relacionados con lo anterior, cabe reconocer que las explicaciones que han encontrado a estas resistencias están enmarcadas la mayoría de las veces por una mirada positivista y de cierta forma reproductora del pensamiento de la medicina hegemónica, por ejemplo Leigh B. y colaboradores ⁽¹⁰⁶⁾ encuentran una serie de *“percepciones negativas sobre el uso”* sin reflexionar desde los contextos y solo describiendo la tendencia hacia el alza de uso de métodos anticonceptivos en diferentes contextos (urbano y rural) ⁽¹⁰⁶⁾. En otro de los textos encontrados sobre planificación ⁽¹⁰⁷⁾, el mismo autor utiliza estereotipos y prejuicios existentes sobre las usuarias al pretender explicar las resistencias que ejercen para evitar el uso de PF, evalúa los conocimientos sobre métodos anticonceptivos sin preguntarse sobre el contexto en donde se encuentran estos conocimientos.

En este estudio comprendemos que las resistencias de las mujeres están vinculadas a un dominio anclado a la cultura, en la cual no es compatible con las perspectivas que tiene el personal de salud sobre las usuarias, es decir a un dominio en el cuál se parte de estereotipos sociales y taxonomías a partir de comportamientos, un etnocentrismo que parte

del Modelo Médico Hegemónico. Por lo cual habría que reflexionar sobre el papel de la consejería y de la cobertura en este punto puesto que solo se parte de una perspectiva y no de la otra (donde se pretende incidir)

En un trabajo reciente Irons ⁽¹⁰⁸⁾ analizó tanto percepciones de mujeres quechuas de Perú y personal de salud en cuanto a Planificación familiar en donde observó una serie de tensiones entre el PS y las usuarias, consideradas por el PS como “*gente empobrecida*” o “inferior” y esto justificaba su trato hacia ellas. También se ha observado en Chile, que muchos médicos argumentaban bajo esta misma idea (de niveles educativos) que se debían dar métodos *complejos* a mujeres con “*mayor educación*” y *simples* a mujeres con “*menor educación*” ⁽¹⁰³⁾

En nuestro estudio se encontró en los discursos analizados que el Personal de salud caracterizaba a la población usuaria como “gente sin educación” o con “niveles bajos de cultura” y esto servía para tener un trato y brindar consejería de manera diferenciada, al igual que los descritos con anterioridad en otros contextos.

7.1. Planificación Familiar

La Planificación Familiar tal como se analizó en el apartado de resultados constituye una relación interna entre los métodos anticonceptivos y la consejería, centrada en la reproducción. Para entenderlo, el lingüista francés Pierre Guiraud ⁽⁹³⁾¹³ escribe

“Todo saber consiste en establecer un sistema de relaciones entre los elementos que constituyen el campo de una experiencia. (...) esas relaciones deben ser significadas. El saber tiene, por lo tanto, una doble faz: un sistema epistemológico (significado) y un sistema semiológico (significante)”

El concepto (significado) está construido de forma epistemológica, es decir desde la construcción de los sujetos. Generando así, que la planificación familiar se centre en la reproducción, incluso la sexualidad, sus fines son reproductivos, no se reconoce la

¹³ Designar una cosa (concepto) por el nombre de otra (significado), con la que tiene una relación de causa-efecto

anticoncepción como parte de un ejercicio de empoderamiento de la sexualidad o como un derecho para ejercerse sin búsqueda reproductiva. Su significante sigue siendo el de la planificación familiar, pero involucra en su significado lo descrito con anterioridad.

Esta concepción es la encargada de visualizar la sexualidad subsumida en la reproducción, y la planificación familiar en los métodos anticonceptivos. Michel Foucault ya había advertido esta situación, en la que *“se ha buscado por diferentes medios reducir todo el sexo a su función reproductora, a su forma heterosexual”* ⁽⁹⁶⁾

Además, se encuentra también lo escrito por Marcela Lagarde ⁽²⁴⁾ en cuanto a que la mujer, vive dentro de una serie de *cautiverios*, en el cual la Planificación Familiar es parte de uno de éstos. Incluyendo la visión de Franca Basaglia ⁽⁴⁹⁾, de caracterizar a la mujer desde su cuerpo, que se “naturaliza” y se le designa como la “esencia de la mujer” pues “su historia es la historia de su cuerpo, (...) ella no es dueña porque sólo existe como objeto para *otros*, o en función de *otros*”. ⁽⁴⁹⁾ De ahí que se utilice una serie de prácticas a modo de “*vigilancia*”. Ésta *vigilancia* no sólo ocurre para monitorear la salud de la mujer. Recordemos a Foucault, cuando escribe que *“por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, se hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse.”* ⁽⁹⁶⁾

Toda esta serie de prácticas no hablan en sí de un médico o de una enfermera o de alguno de los centros de salud estudiados, sino de una estructura del pensamiento formada desde un modelo médico particular, fundamentada en políticas públicas en salud, con cierta tendencia hacia lo biologicista. De ahí que cuando se habla de castigos jurídicos por violencia obstétrica, se actúa contra el personal médico, se castiga a las personas, sin pensar en todo el entramado complejo que constituye el sistema sanitario, no se habla de lo que dicen las guías de práctica clínica, el aprendizaje formal e informal en las escuelas de medicina o en las prácticas cotidianas dentro de los hospitales, tal como lo apuntaría Verdugo y Salinas *“Una sanción a nivel individual no transformará ni erradicará las fallas estructurales”* ⁽⁹⁷⁾

En el caso de los entrevistados, siempre se habla desde las consecuencias que acarrea no prestar los servicios de consejería, de métodos anticonceptivos o el riesgo para la salud de las usuarias llamadas “añosas” y que tienen enfermedades crónicas, tanto para la salud como para sus metas institucionales y médico-legales. Este panorama es parte de una política que va más allá de ciertas convicciones. Las perspectivas están ancladas en una serie de clasificaciones tejidas no solamente desde lo clínico, sino también desde prejuicios sociales, desde la moralidad, lo político, lo vivido, es decir las experiencias y en definitiva por la cultura.

7.2. Cultura médica

En materia de planificación familiar, perduran en el personal de salud una serie de estereotipos de género ⁽⁹⁷⁾ a pesar de que las políticas en esta materia buscan transversalizar la perspectiva de género. Dichos estereotipos se manifiestan en el hecho de que se continúe concibiendo a la PF como un “asunto de las mujeres”, esto se puede constatar en los fragmentos de las entrevistas presentadas con anterioridad. Incluso durante las visitas de campo¹⁴, se buscó concretar una entrevista con un médico de edad avanzada, y éste argumentó que no participaría porque en la PF “son las enfermeras las que saben” este ejemplo muestra que incluso dentro del personal de salud se piensa que la PF es un “*asunto de mujeres*” por el hecho de que se atiende en su mayoría a las mujeres.

Esto parte desde una visión de la masculinidad hegemónica, propia del sistema patriarcal, en donde la visión del mundo androcentrista es imperante y el disciplinamiento se ejerce en su “opuesto”. Precisamente Connell, describiría estas diversas masculinidades. Que son reafirmadas cotidianamente y dependen de los contextos y su historia. En el personal de salud, esta historia y esta masculinidad continúa modelando una serie de prácticas y de acciones concretas que se dirigen en materia de PF exclusivamente hacia las usuarias. Incluso cuando se piensa que en la PF se debe de incluir a los hombres, la decisión sigue siendo hacia las mujeres. Por esa razón Connell advierte que *“Las masculinidades existen en el nivel colectivo, así como en el individuo (...) Las masculinidades se definen*

¹⁴ Trabajo de campo, día 23 de enero del 2020, nota de diario de campo.

colectivamente en el lugar de trabajo”⁽⁹⁸⁾

Al hablar de “*vigilancia*”, “*batalla*” o “*concientizar*”, como subcategorías que integran la PF. Éstas parten desde la concepción más profunda del pensamiento y de la cual sólo incluimos al análisis la corriente de los estudios de-coloniales. De este pensamiento de occidente es de donde parte el Modelo Médico Hegemónico, que naturaliza a las usuarias desde un punto de vista meramente biológico (pero con medidas de control social) y las transforma en un “*otro*” al cual hay que procurar “*cautivo*”. Sobre el pensamiento colonialista, Lander la describe como

Una forma de organización y de ser de la sociedad, se transforma mediante este dispositivo colonizador del saber en la forma “normal” del ser humano y de la sociedad. Las otras formas de ser, (...) de organización de la sociedad, (...) formas del saber, son transformadas no sólo en diferentes, sino en carentes, en arcaicas, primitivas, tradicionales, premodernas.⁽⁹⁹⁾

Esto da pie a toda una concepción sobre las usuarias, qué son descritas y clasificadas (transformadas y significadas) en niveles de pobreza, “*baja educación*” y poseedoras de un “*nivel de cultura bajo*” a modo de diferenciación, despojándoles de su capacidad de *agencia*, de sus deseos, sus opiniones, experiencias, en sí, de una visión del mundo igual de válido. La planificación familiar es un ejemplo más de prácticas coloniales. El uso de la colonización,

“es legitimada por un imaginario que establece diferencias inconmensurables entre el colonizador y el colonizado (...) El colonizado aparece, así como lo “otro de la razón”, lo cual justifica el ejercicio de un poder disciplinario por parte del colonizador.”⁽¹⁰⁰⁾

Es así que, hablar de planificación familiar implica hablar de una colonización del saber, donde se busca colonizar al otro (usuarias). El interés es impregnar una visión del mundo particular, una perspectiva específica de PF, por lo cual la información, la consejería, y los métodos anticonceptivos que se brinda tienen esa brújula conductora. Una perspectiva

que no toma en cuenta la visión del mundo de las mujeres y sus contextos, de ahí que las mujeres opongan resistencia, asuman los riesgos (un riesgo no construido desde su mundo) desde prácticas discretas de resistencia hasta las más complejas. Foucault escribiría que “donde hay poder hay resistencia” (96)

7.3. Maternidad

Al analizar un concepto que a simple vista es “general” pero que guarda en sí una concepción atravesada por la corporalidad, se debe de entender en qué se basa esta distinción. Primeramente, en los discursos médicos se interpela de forma distinta la subjetividad de la corporalidad del sujeto y es ésta subjetividad anclada a su corporalidad la que hace que la comunicación del riesgo obstétrico sea distinta. Por un lado, tenemos a un médico en los discursos analizados que busca “*desincentivar*” la búsqueda de un embarazo, para no dificultar las acciones que deben ser ejecutadas; y por el otro, una mujer médica que busca mejorar las condiciones, pero que reflexiona sobre su ser, desde ser mujer, incluso en el uso de anticonceptivos dirigidos sólo para ellas, sin embargo, acepta que las cosas son así (que la intervención sea en su mayoría en mujeres). Es aquí que hablar desde la maternidad no solo remite al concepto generalmente romantizado de la maternidad sino a una distinción subjetiva percibida desde la corporalidad. Y es desde esa percepción de la corporalidad, que se dicta el riesgo, la consejería, la empatía.

La maternidad y la reproducción emergen como una demanda social y no como una cuestión erótica, puesto que existen formas violentas de encuentros sexuales obligados para embarazarse, cuestión que el personal de salud parece obviar, dando por hecho que las mujeres se mueven desde una autonomía y agencia sexual y reproductiva; poco parece reflexionar el personal médico sobre el mandato social de la reproducción, el cual tiene lugar casi invariablemente dentro de contextos de violencia. Al ser construida socialmente desde el género, la maternidad “*ha ido marginando la sexualidad de la reproducción*” (109)

Es en este mismo contexto donde se legitima una violencia simbólica hacia las adolescentes, en donde existe una seducción hacia ellas que hace pensar al personal de salud que existe un consentimiento del encuentro sexual, incluso una acción guiada por

las hormonas, esa misma violencia simbólica, ejecutada muy sutilmente, hace que se pierdan de vista los contextos de las adolescentes y las mujeres en general (teniendo enfermedad crónica o enfermedad mental). La Planificación familiar, no da cuenta de esas condiciones de violencia, se cree en el control que se tiene y en las estadísticas que genera.

Desde una perspectiva biologicista, centrada en la enfermedad, es de esperarse que la consejería sobre planificación familiar sea elaborada a partir de la enfermedad en sí, en donde se concibe que la mujer con tal diagnóstico debe elaborar su proyecto de vida a partir de la misma enfermedad, es decir desde un reconocimiento de su *ser enferma*, cambiar su proyecto de vida y no en el sentido inverso, es decir adaptar la enfermedad crónica a su proyecto de vida, para así vivir como se desea vivir. De ahí que se continúe con la resistencia.

No podemos pasar por alto que, en muchos profesionistas se cree que existe una “objetividad” y la ciencia médica, no exenta, cuando no hay ciencia sin valores, sin subjetividad, sin intersubjetividad, algo que se arrastra desde el pensamiento filosófico de Kant sobre la ciencia ⁽¹⁰¹⁾. Por lo que la sensibilidad en el trato con las usuarias está marcada por la subjetividad de los sujetos. También estamos frente a una serie de características que se han descrito ya por Menéndez ⁽¹⁰⁵⁾ en cuanto al Modelo Médico Hegemónico. Primeramente, la “*concepción del paciente como ignorante*” en nuestro caso, aunque no se le mencione como tal, se le caracteriza de esa forma y desde las ciencias de la salud como una “*identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos*” ya que, en éstos, los modelos sociales, la cultura no caben en las explicaciones y si lo hacen es solo para justificar la práctica durante la consejería.

Además, debemos entender que, aunque la medicina occidental y hegemónica, fragmenta no sólo al cuerpo desde el estudio de la anatomía o secciona sus consultorios por especialidad; este no puede fragmentar la experiencia de las mujeres, que construyen el riesgo obstétrico de otra forma. Al dividir tanto el área de planificación familiar con la de ginecología y enfermedades crónicas, se fragmentan las experiencias y desde luego, esto

hace que la comunicación del riesgo no sea efectiva en las mujeres. Lo es para el personal de salud, que busca más especialidad desde su saber, pero no para las mujeres que viven su cuerpo y su experiencia desde otra realidad, una realidad ontológica. De ahí que se dé por entendido en el discurso, que la maternidad es un privilegio de las mujeres sanas y su contraparte sea que la maternidad en mujeres con enfermedad crónica, sea un asunto de culpa. Esta distinción realizada por el personal de salud y enraizada en un conocimiento dentro de lo biológico pero llevado a lo social propicia una distinción también práctica a la hora de consultar, por lo tanto, es necesario reflexionar sobre este camino ya que éste no concuerda con las percepciones de las mujeres.

7.4. Sexualidad y reproducción

En cuanto al tema de la sexualidad, es precisamente Foucault, quien escribe sobre las relaciones de poder-saber desde los sistemas sanitarios, y la ciencia médica en particular (refiriéndose al Modelo Médico Hegemónico) asegurando que es por medio del lenguaje en donde se expresan estas relaciones *“El poder actúa pronunciando la regla: el poder apresa el sexo mediante el lenguaje (...) un estado de derecho. El poder sobre el sexo se ejercería de la misma manera en todos los niveles”*.⁽⁹⁶⁾

En este estudio se demuestra, por lo menos a nivel del análisis semiológico, que la sexualidad está en relación con la reproducción, es vista de esa manera en cuanto al producto de la dimensión reproductiva. Que como se escribió en el apartado de los resultados, ésta se da por hecho, por la implicación que tiene para el personal de salud en su actuar. Existen claros estudios que analizan este asunto⁽¹⁰²⁾ donde incluso se habla sobre la demanda social de la maternidad.

Otra realidad es el desconocimiento sobre la visión del mundo y los modos de vida de las mujeres con enfermedades mentales, puesto que se da por entendido que el ejercicio de su sexualidad está sesgado por la enfermedad, no es consciente, puesto que las acciones van dirigidas en ese sentido. Basta con observar la NOM-005-SSA2-1993, en el punto 4.4.4, menciona que la consejería “No se efectuara ante situaciones de crisis y cuando donde la

capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas”⁽³⁾. Se continúa con un estigma que perdura bajo la vieja concepción del pensamiento lógico y pre-lógico, lo razonable y lo irrazonable. Se desconoce la voluntad de las mujeres con enfermedad mental y sobre sus derechos en cuanto a la sexualidad y la reproducción.

Tanto como para el personal de salud se les castiga por las malas prácticas como lo es la violencia obstétrica, (no quiere decir que este sea el caso) y que esta práctica no ha sido borrada de la educación o de los hospitales, donde perdura la violencia de género⁽⁵⁸⁾, pero que a su vez las prácticas son existentes de forma estructural, en el caso de las mujeres con enfermedad crónica, cuando se da el ejemplo de que “*pueden ser violadas*” en una de las entrevistas, sucede lo mismo, puesto que el centro no es si alguna de ellas se embaraza producto de la violación (visión negativa para el personal de salud) y que se visualiza como problema, cuando el problema real es que no se cumplen las condiciones por parte de la sociedad y del Estado para garantizar los derechos de las mujeres. Por lo que esto en lugar de legitimar el uso de métodos anticonceptivos para que las mujeres con enfermedad mental no se embaracen, se está legitimando en el fondo la violencia de la que son parte.

Es así que, en las mujeres con enfermedad crónica, pareciera que se les concibe como un ser asexual, principalmente en las mujeres denominadas “añosas” o en las que tienen una enfermedad mental: la sexualidad es un tema usado solo por asunto reproductivo y de forma negativa, puesto que hay embarazos. Por lo que su saber es “*restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos.*”⁽³²⁾

Este tipo de apreciaciones sobre considerar a las mujeres como asexuales y sexualmente inactivas se observado por Lasheras Barrio⁽¹¹⁰⁾ en niñas y mujeres con discapacidad. Es también importante mencionar que, en cuanto a la sexualidad, muchos de los derechos son subordinados partiendo desde la idea que se tiene de la identidad femenina relacionada siempre con la maternidad⁽¹¹¹⁾

Por último, tanto en las categorías teórico-prácticas de sexualidad, maternidad y reproducción ancladas en la planificación familiar, éstas obedecen a todo un dominio y visión

de un “quehacer” gestado desde lo político, es así que coincide con esta visión del modelo médico hegemónico que ha descrito Menéndez, y con una filosofía etnocéntrica y carente de perspectiva de género anclada a lo ideológico y político. Por lo que las perspectivas del personal de salud responden a toda una problemática estructural que debe de ser analizada en profundidad y resuelta para el beneficio de las usuarias tanto de manera general como específica, en este caso las mujeres con enfermedades crónicas.

VIII. CONCLUSIONES Y APORTES

El personal concibe la planificación familiar como una acción que se realiza para convencer, orientar, ofrecer, concientizar, controlar, para que las usuarias decidan el número de hijos que desean, además de una batalla. Clasifican a las usuarias como mujeres con enfermedad crónica que no acepta método y mujeres con enfermedad crónica que acepta método en la cual cada una de ellas tiene implicaciones para ser categorizada y brindar la consejería de forma diferenciada. En cuanto a la maternidad, ésta es clasificada dependiendo de los hijos de las usuarias y definida por personal de salud hombre, desde lo biológico y por el personal de salud mujer como una experiencia vivida a través del cuerpo. La sexualidad es clasificada desde las enfermedades de las usuarias y la edad, la primera se relaciona con “disminución” o con “asexualidad” y la segunda con una estrictión, siempre relacionadas desde la reproducción. Existe poca reflexión sobre la sexualidad, maternidad y reproducción, así como de la planificación familiar en el personal de salud por lo que la consejería se basa en una serie de supuestos y estereotipos de género a partir de una serie de clasificación de las usuarias

Desde el punto de vista analítico, debemos comprender que si en apariencia analizar el discurso desde sus relaciones significativas (en términos de lingüística) aporta poco hacia una ciencia objetiva, o quizá hacia una política pública, sería un error que se considere de esa forma. Si bien este trabajo no contiene datos desde la aproximación de la observación participante, es contundente en cuanto el análisis de significados, tanto de posición al encontrar una estructura que guía la perspectiva del personal de salud, como de una lógica-práctica, o un saber-poder, y esto se demuestra en el actuar de los individuos en relación con sus “pacientes”.

Una relación simbólica de poder-saber, en la que el conocimiento sobre el otro está más vinculado a su aspecto biológico y lo cultural queda solo como ejemplo (símbolo) de una justificación negativa de su actuar (“no consciente” “mala paciente” “nivel de cultura bajo o alto”) es ahí donde el dominio del Modelo Médico hegemónico imprime ese saber-poder

dentro de su *habitus*, y categoriza a las usuarias. Dentro del sistema de salud no solo se hacen distinciones de este tipo, sino que al estar inmerso en un modelo biologicista, tiene a utilizar la “naturaleza” como medio de control, busca imponer una percepción del riesgo que no deja de tener un aspecto moral y político, sea la respuesta de no estar “consciente del riesgo” o simplemente culpabilizar a las usuarias que asumen el riesgo, un riesgo que no es visto como tal por la población usuaria, puesto que se asume sin problemas. Cuando el asunto no está ahí, sino que se ha dejado de lado una autocrítica desde las fallas institucionales, no se comprende el fenómeno a profundidad (prueba de ello es dejar de lado las ciencias sociales y basarse en estadísticas descriptivas) y no considerar los mandatos de género y el aspecto más amplio que puede otorgar una certera educación para la salud.

Por tanto, no debemos de olvidar que este estudio aporta en la comprensión de los fenómenos que son vistos desde el personal de salud como una “batalla diaria” en la búsqueda del convencimiento del riesgo. En la medida en que se explica el pensamiento del uno sobre la otredad, de tal forma que abona en el autoconocimiento de las prácticas y desde luego buscar otras maneras de lograr revertir las estadísticas negativas que se pretenden combatir. Debemos de considerar que la biopolítica tiene un escape positivo, que es la biopolítica afirmativa, la que busca una política acorde a la vida de los individuos y no sobre ella y de acuerdo a su complejidad.

De esta forma concluimos en este apartado de discusión que las perspectivas del personal de salud, forman parte de todo un elemento estructural que moldea el pensamiento y que va desde las propias políticas como desde el saber lógico-práctico del modelo biomédico existente. Éste saber condicionado por las metas y los planes institucionales demográficos, de salud materna y perinatal, de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva así como sus estrategias para el “convencimiento” y la “vigilancia” tiene a realizar diversas clasificaciones, estructuradas y estructurantes en esta perspectiva de la realidad social (marcadas desde la relación de poder existente) sobre las usuarias, en este caso sobre las mujeres con enfermedades crónicas, que si bien se busca mejorar las condiciones de salud evitando los riesgos que son asumidos por las poblaciones (derivada de la demanda social) minimiza los aspectos culturales y sociales, así como lo afectivo.

El personal de salud no solo trabaja bajo esta mirada, sino que siente preocupación por la población cuando no acepta las oportunidades brindadas, y claro está que es una situación compleja que desemboca en muertes o complicaciones, aunque las acciones han mostrado poco avance para revertirlo, de ahí que se requiera una autocrítica, una educación para la salud, una búsqueda de soluciones políticas y estratégicas en el sector salud, un análisis del discurso que busque la inclusión y la diversidad cultural, una estrategia participativa y una biopolítica afirmativa. Un panorama complejo, pero que no puede resolverse solo desde el riesgo biológico o desde las metas que cumplir.

IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

9. 1. Limitaciones del estudio

Un limitante del estudio, lo constituye el uso exclusivamente de entrevistas. Éstas bien elaboradas son ricas en datos y principalmente son una fuente importante para conocer las representaciones sociales (imaginarios) que imperan dentro de los contextos. Sin embargo, el aspecto de la práctica rutinaria o cotidiana, queda fuera, se habla de ella, pero no hay evidencia observada a través de la etnografía. Por lo tanto, para triangular la información, queda muy limitada, por lo que inclusive se tuvo que recurrir a la semiótica, es decir al buscar los sentidos, las funciones de lenguaje y significados en los discursos de los entrevistados, en donde la caracterización de “sus pacientes” constituyó un médium, un sentido, un sujeto significado ⁽⁹²⁾ y no sólo un texto sin un sentido, o sólo codificado.

9.2. Situaciones emergentes

Una situación que limitó este estudio fue la postergada revisión dentro del comité de ética estatal, de aproximadamente de 6 meses, más otro mes en el que se buscaron las firmas correspondientes y la notificación a los centros de salud. Esto impidió mayores avances, sin embargo, sin su aprobación tampoco sería posible. La tesis concluye sin realizar todas las entrevistas programadas, ya que en el mes de marzo de este año se implementó la contingencia sanitaria por la pandemia del Covid-19, generando tanto aislamiento de la población en general y el personal de salud no quedó exento, algunos fueron enviados a sus casas y otros trabajaron con las medidas necesarias en los centros de salud. Además de que, por otras cuestiones, la jurisdicción sanitaria creyó conveniente que no se realizarán las entrevistas de manera virtual.

9.3. Recomendaciones

Uno de los hallazgos más importantes es rescatar la definición de maternidad desde la experiencia de las mujeres que son Personal de Salud, ya que no están exentas del contexto, y de la cual para futuras investigaciones, este aspecto debería de estudiarse desde lo que algunas antropólogas llaman una *Antropología de la Mujer*, en donde se busquen reivindicar y estudiar estos procesos de mujer- a- mujer, por lo que este estudio puede ser un parte aguas para una línea de investigación específica sobre Planificación Familiar, el riesgo- obstétrico y la maternidad en las mujeres usuarias y las mujeres personal de salud, en donde aún existe un imperativo patriarcal y heteronormativo.

9.4 Propuesta

Este estudio, muestra que es necesario estudiar las perspectivas del personal de salud en muchos otros ámbitos, puesto que no sólo es importante como conocimiento general sino como un autoconocimiento de nuestra misma cultura y este conocimiento sirve para generar políticas en salud, no sólo desde la población usuaria, ampliamente estudiada desde múltiples enfoques, metodologías y perspectivas. Es necesario saber cómo las visiones del mundo interaccionan, porque de lo contrario sólo se tiene una parte de la historia y es sobre esa parte a la que se le imponen acciones a través de las políticas en salud, sin reflexionar la otra parte, es decir la de los agentes que implementan estas acciones, en nuestro caso el personal de salud. Esta reflexión es importante, porque de ella depende el cómo se pueden mejorar las condiciones en el proceso salud-enfermedad y atención. Muchos de los estudios solo se han centrado en los dos primeros.

Además, es necesario, no sólo una educación en perspectiva de género y en interculturalidad para el personal de salud para no continuar con los prejuicios imperantes en cuanto a la población a la que brinda su atención. Si no que se deben replantear las normas oficiales, ya que muchos de sus puntos son contradictorios y obstaculizan una atención intercultural y de género como pretenden hacerlo. Si bien las perspectivas del personal de salud han ido cambiando con el tiempo y con ayuda de la sociedad civil organizada y también por los mismos médicos, enfermeras entre otros actores que

participan en ello, aún falta mucho por hacer dentro de la Planificación familiar como instrumento del estado, la sexualidad como parte importante de la vida de los individuos independientemente de sus condiciones de salud y la maternidad en cuanto la mejora de condiciones para ésta y su estudio en las poblaciones.

X. BIBLIOGRAFÍA

(1) Martínez S. & Leal F. De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social. Gestión y Política Pública. 2000. Vol. XI núm. (2) segundo semestre

(2) Meléndez E., Tania L., Derechos reproductivos: los valores y las políticas públicas. El Cotidiano [en línea] 2008, 23 (mayo-junio): [Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.autores.redalyc.org/articulo.oa?id=32514911> > ISSN 0186-1840

(3) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 (resolución del 2004) De Los Servicios De Planificación Familiar. 1994. [Fecha de consulta: 27 de septiembre de 2018] Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=509-resolucion-por-la-que-se-modifica-la-norma-oficial-mexicana-nom-005-ssa2-1993-de-los-servicios-de-planificacion-familiar&category_slug=legislacion-nacional&Itemid=493

(4) Lamas Marta. Cuerpo, sexo y política. Debate Feminista. 2014; Editorial Océano de México. México D.F. 222 páginas

(5) González Padilla K, González Calero TM, Cruz Hernández J & Conesa González AI. La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. Revista Cubana de Endocrinología. 2015; 26(2):182-192. Cuba.

(6) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] de: http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/

(7) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial mujer, niño,

adolescente 2016-

2030. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

(8) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

(9) Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM. Ginebra 2012 (consultado el 3 de abril de 2019) Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=303-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm&Itemid=219&lang=es

(10) Dirección General de Epidemiología 2018. Sub Secretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Informe semanal de Vigilancia Epidemiológica. Defunciones Maternas. [Consultado el 27 de diciembre de 2018] Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/286001/MMAT_2018_SE01.pdf

(11) Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Comité de Prevención, estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Informe de noviembre del 2018. [Consultado el 27 de diciembre de 2018]

(12) Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Pública Mex 2018; 60:224-232. <https://doi.org/10.21149/8566>

(13) Barba Evia. 2018. México y el reto de las enfermedades crónicas no

transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab 2018; 65 (1): 4-17

(14) Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2014/doc/resultados_enadid14.pdf

(15) Declaración Universal de Derechos Humanos. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en : <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

(16) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>

(17) Secretaría de Salud. Ley General de Salud. [Consultado el 14 de enero de 2018] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

(18) Hierrezuelo Rojas N, Alvarez Cortés J, Subert Salas L, González Fernández P & Pérez Hechavarría G. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. Revista MEDISAN 2017; 21(5):538, Cuba.

(19) Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. Revista MEDISAN (2018); 22(2):217, Cuba.

(20) Escalante Lanza G., Delcid Morazan A., Barcan Batchvaroff, Humberto Gonzalez C., Guevara Iveth, Lagos Suany, et al Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. Archivos de Medicina (2017). Vol. 13 No. 1: 7, Honduras. doi: 10.3823/1340

(21) Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros M. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(5):836-849, Cuba.

(22) Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan; 2014.14 (3): 316-326. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.3.4

(23) Freyermuth Enciso, Graciela. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista Conamed. 2016. Vol. 21 Núm 1. Enero-Marzo 2016. pp 25-32 .ISSN 2007-932X Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>

(24) Marcela Lagarde y de los Ríos. Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. 2015; Siglo veintiuno editores. Segunda edición. 620 paginas.

(25) Sánchez Rivera, Miriela, Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción [en línea] 2016, 32 [Fecha de consulta: 23 de octubre de 2018] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044> ISSN 1012-1587

(26) Covarrubias Terán, María Antonieta. Maternidad, trabajo y familia: reflexiones de madres-padres de familias contemporáneas. (2012) La ventana, núm. 35.

(27) Muniz Gallardo, Erika. Ramos Tovar, Maria Elena. Presión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2019. Volumen 28, Número 55 Enero – Junio. ISSN-P: 0188-9834 ISSN-E: 2395-8669. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2019.1.4>

(28) Pérez Nila, Karla Maribel. Representaciones de la maternidad y la paternidad en Xichú, Guanajuato. ¿Dicotomías impertinentes o guías para la acción? Revista Sociológica, año 31, número 88, mayo-agosto de 2016, pp. 235-267

(29) Castro Pérez, Roberto. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. / Roberto Castro Pérez. Cuernavaca: UNAM, Centro

Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000. Disponible en: <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/La%20vida%20en%20la%20adversidad.pdf>

(30) Rangel Flores, Y.Y. Practicas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 2014. 18, 40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11>

(31) Valls-Llobet, C. La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Foro de debate. 2008. Congreso Sare de Emakunde “Innovar para la Igualdad”, Celebrado El 13 Y 14 De Octubre De 2008: 38-45

(32) Ledón Llanes, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubana de Salud Pública 2011; 37(4):488-499. Cuba

(33) Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 25 de septiembre de 2018] de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

(34) Díaz Bernal Z, Aguilar Guerra T & Linares Martín X. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(4):655-665. Cuba

(35) Stevenhagen Rodolfo. La cultura popular y la creación intelectual. En la Cultura popular. 1982. Premia Editora y Dirección General de las Culturas Populares de la SEP.

(36) Kottak, Conrad Philip. Antropología cultural. 2011. Mc Graw Hill. Décimo cuarta edición. Traducción: Víctor Campos Olguín

(37) Geertz, Clifford. La interpretación de las culturas. 2003. Barcelona España: Editorial Gedisa, Antropología, Duodécima Impresión (e.o.1973).

(38) Menéndez Eduardo L. Antropología Médica. Una genealogía más o menos

autobiográfica. 2012. *Gazeta de Antropología*, 2012, 28 (3), artículo 03. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/22988/GA%2028-3-03%20EduardoL.Mendez.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

(39) Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Del Milenio (CTESIODM). *Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México Informe de avances 2015*, agosto de 2015. Disponible en: <https://bpo.sep.gob.mx/#/recurso/5598/document/1>

(40) Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. 2013. [Fecha de consulta: 15 de enero de 2018] Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

(41) Secretaría de Salud. Ley General de Salud. [Fecha de consulta: 14 de enero de 2018] Disponible en; http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

(42) Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico Planificación familiar y Anticoncepción 2013-2018. 2013. [Fecha de consulta: 15 de enero de 2018] Disponible: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

(43) Camargo-Ramírez MI, Fajardo-Peña MT, García-Rueda A. Atención de enfermería en planificación familiar. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1): 77-90. Colombia. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.7

(44) Muguercia Silva, José Luis, Ortiz Angulo, Lisset, Bertrán Bahades, Jacqueline, Kindelán Mercerón, Farah M., Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. *MEDISAN* [en línea] 2014, 18 [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2018] Cuba. Disponible

en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445004004> ISSN

(45) Martínez Boloña Y & Díaz Bernal Z. Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo sensible al género. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 30(4):308-316. Cuba.

(46) Martínez Boloña Y & Díaz Bernal Z. Percepciones de los hombres sobre sus necesidades de atención en la Consulta de Planificación Familiar. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41(3):297-306. Cuba.

(47) Ulloa Pizarro. Tensiones y conflictos en las políticas reguladoras de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en México (2000-2012): el problema de la incorporación del principio de equidad y del derecho a la igualdad de género. Sociológica, año 29, número 82, mayo-agosto de 2014, pp. 125-150. México.

(48) González Padilla K, González Calero TM, Cruz Hernández J & Conesa González AI. La educación terapéutica a mujeres con diabetes mellitus en edad fértil. Revista Cubana de Endocrinología 2015;26(2):182-192. Cuba.

(49) Franca Basaglia. Mujer, locura y sociedad. 1985: segunda edición. Universidad Autónoma de Puebla. Disponible en:<https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/08/basaglia-franca-mujer-locura-y-sociedad.pdf>

(50) Palomar Vereá, Cristina, Maternidad: Historia y Cultura. Revista de Estudios de Género. La ventana [en línea] 2005, [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204> ISSN 1405-9436

(51) Sánchez Rivera, Miriela, Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. Opción [en línea] 2016, 32 [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483044> ISSN 1012-1587

(52) Hernández Garre J. M. & Echevarría Pérez P. El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. 2015. Revista de Antropología Iberoamericana. Volumen 10 Número 3. DOI: 10.11156/aibr.100306

(53) Castellanos, Rosario. La abnegacion: una virtud loca. *Debate Feminista*.1992, 6: 287-292. Disponible en: http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/006_20.pdf

(54) Mancilla Guerrero, Itzel Ayerín “Mamis” reproduciendo los patrones de género dentro de un albergue. En Maternidades y no maternidades: modelos, prácticas y significancias en mujeres y espacios diversos. Baca Tavira, N. García Fajardo S., Rozón Hernández Z., Román Reyes R. Ediciones Gedisa 2018. MÉXICO.

(55) Batista, Judeira, Romero, Moraima, Habilidades comunicativas del líder en universidades privadas y su relación con la programación neurolingüística. Laurus [en línea] 2007, 13 (Septiembre-Diciembre): [Fecha de consulta: 24 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111479003> ISSN 1315-883X

(56) Gutiérrez Sánchez, Amor Teresa. El 10 de Mayo “Día de la Madre” en México o de Cómo Imponer un Modelo de Maternidad. Revista Xihmai. 2017. XII (23), 45-60, Enero – junio 2017 disponible en: <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/xihmai/article/view/394/367>

(57) Molina, María Elisa. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. (2006). TPsykhe (Santiago), 15(2), 93-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>

(58) Castro Pérez, Roberto. Erviti, Joaquina. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. 2015. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. LIBRUNAM. 320 páginas. ISBN: 978-607-02-7098-7. Disponible en

[:https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf](https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica.pdf)

(59) García, Guadalupe. Rutinas médicas y estandarización: reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires. Cuad. antropol. soc. [online]. 2013, n.37, pp.85-108. ISSN 1850-275X. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n37/n37a06.pdf>

(60) Landaverde Martínez, Avelina. La importancia de las narrativas en el encuentro clínico: hacia una comprensión dialógica del padecer. 2016. Revista Conamed // Vol. 21 Suplemento 2, 2016 // En Línea // Issn 2007-932x Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons162h.pdf>

(61) Salas, Monserrat & Pilar Torre. El silencio y las interrupciones: narrativas en la consulta médica familiar.2016. Revista Conamed // Vol. 21 Suplemento 2, 2016 // Publicado Primero En Línea // Issn 2007-932x. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons162g.pdf>

(62) Natera-Gutiérrez, S.I., Guerrero-Castañeda, R.F., Ledesma-Delgado, M.A.E., & Ojeda-Vargas, M.G. 2017. Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>.

(63) Juárez-García, Arturo, Idrovo, Álvaro J., Camacho-Ávila, Anabel, Placencia-Reyes, Omar, Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Salud Mental [en línea] 2014, 37 (Marzo-Abril): [Fecha de consulta: 10 de enero de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231307010> ISSN 0185-3325

(64) González-Ávila, Gabriel & Bello-Villalobos, Herlinda. Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología.

Aportaciones originales en educación médica. 2014. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (4):468-73 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144w.pdf>

(65) Sosa-Azcorra, Jesús Alejandro. González-Losa, María del Refugio. Salazar-Ceballos, Jorge Efraín. Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos de Pregrado en Mérida, México. 2014. Rev Biomed; 25:68-73. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2014/bio142d.pdf>

(66) Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares-Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679.

(67) Acosta M, Torres TM, Díaz DG, Aguilera MA, Pozos BE. Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S181-S191.

(68) Alonso Castillo, María Teresa de Jesús. Alonso, María Magdalena. Oliva, Nora Nelly. Zorrilla martinez, Laura Berenice. Delgadillo, Luz María. Relación entre estrés de conciencia y consumo de alcohol en personal de enfermería. Health and Addictions 2018. Vol. 18, No.2, 69-78. ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v18i1.335>

(69) Long, Norman. Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el Autor. Mexico: Colsan/ CIESAS. (2007)

(70) Weiss, Eduardo, Hermenéutica Y Descripción Densa Versus Teoría Fundamentada. Revista Mexicana de Investigación Educativa [en línea] 2017, 22 (Abril-Junio): [Fecha de consulta: 21 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14050493013> ISSN 1405-6666

(71) Charmaz, 2006 en González-Teruel, Aurora (2015). "Estrategias metodológicas para la investigación del usuario en los medios sociales: análisis de contenido, teoría

fundamentada y análisis del discurso”. *El profesional de la información*, v. 24, n. 3, pp. 321- 328. <http://dx.doi.org/10.3145/epi.2015.mar.12>

(72) Charmaz 1990, en De la Cuesta Benjumea, Carmen. (2006) teoría y método. La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los Cuidados*. Año X - N.º 20. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2006-n20-la-teoria-fundamentada-como-herramienta-de-analisis>

(73) Páramo Morales, Dagoberto, EDITORIAL. *Pensamiento & Gestión* [en línea] 2008, (Diciembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 23 de enero de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64612241001>> ISSN 1657-6276

(74) Serra, Carles *Etnografía escolar, etnografía de la educación. Revista de Educación*. (2004). España: Número 334, pp. 165-176. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963465>

(75) Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. *Investigación aplicada en salud pública*. (2006) *Métodos cualitativos*. Washington DC: OPS.

(76) Guber, Rosana. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. 2015. México, D. F. Siglo XXI Editores. 160 p.

(77) Ardila Suárez, Erwin Esaú & Rueda Arenas, Juan Felipe. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología* Vol. 36, N. 2 jul.-dic. 2013 ISSN: impreso 0120 -159X - en línea 2256-5485 Bogotá-Colombia pp. 93- 1 1 4 disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/38643/1/41641-189266-1-PB.pdf>

(78) Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. *Definiciones Básicas*. Disponible en: <https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

(79) Alvarez Cortés, Julia Tamara. Sigler, Lucila Revé. Leblanch Hernández, Ismael. Torres Alvarado, Minelia. Monet Alvarez, Diana Esperanza. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de un consultorio médico. 2017. MEDISAN 2017; 21(12):6045

(80) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) 23.^a edición, (2014). Actualización de 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=SkENGmm>

(81) Vargas Luz M. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Artículo en línea]1994 [acceso 7 de mayo de 2019]; 4(8):48-9 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

(82) Smith, E. & Mackie, D. (1995). Social psychology. New York: Worth Publishers.

(83) González E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED [Artículo en línea] 2011 [acceso 7 de mayo de 2019]; 22(2):110-120. Disponible en: <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/111/127>

(84) Tortora, Gerard J. & Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11^a edición. 2011. Editorial Médica Panamericana.

(85) Álvarez Plaza, Consuelo. Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. Rev. De Dialectología y Tradiciones Populares. Vol. LXX, n.o 2, pp. 469-484, julio-diciembre 2015. doi: 10.3989/rdtp.2015.02.008

(86) Jorge Soneira, Abelardo. La Teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Visilachis De Guialdino, Irene (coord.), (2006), Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona España: Editorial Gedisa, Biblioteca de Educación.

(87) Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2014 [acceso 14 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

(88) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Recomendaciones

para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas; 2008 [acceso 14 de enero de 2019] Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

(89) Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3a. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002

(90) Martínez, C. Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversie. Ciencias & Saúde Colectiva 2012;17(3):613-619.

(91) Noreña Ana Lucía, Alcaraz-Moreno Noemi, Rojas Juan Guillermo, Rebolledo-Malpica Dinora. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Año 12 - Vol. 12 Nº 3 - Chía, Colombia - Diciembre 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

(92) Guiraud, Pierre. La semiología. Trigesima segunda reimpression. Primera edición (1972). Siglo XXI editores. (2017)

(93) Césares, Pablo. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. (2003) Rev. Esc. De Psic. De FFyE. UCV. Vol.II. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3

(94) Margulies, Susana. La atención del VIH Sida. Un estudio de antropología de la medicina. 1a ed. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofia y Letras Universidad de Buenos Aires, 2014.

(95) Levi-Strauss, Claude. El pensamiento salvaje, decimonovena reimpression 2018. (1964) Editorial Siglo veintiuno editores.

(96) Foucault Michael. Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. (2017) Siglo veintiuno editores. México.

(97) Jesús Verdugo Torres & Addis Abeba Salinas Urbina. Capítulo 1. La violencia

obstétrica como un problema de Estado: su presencia en las leyes latinoamericanas. Salud colectiva en México, quince años del doctorado en la UAM. (2018) Jarillo Soto Edgar. López Arellano Oliva.

(98) Connell Raewyn. Hombres, masculinidades y violencia de género. En Vida, muerte y resistencia en Ciudad Juárez. Una aproximación desde la violencia, el género y la cultura. (2013) Juan Pablos. México.

(99) Lander Edgardo. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. (2000) CLASCO

(100) Castro-Gómez Santiago. Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la "invención del otro" en Lander Edgardo. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. (2000) CLASCO

(101) Popper Karl. (1990) la lógica de la investigación científica. Editorial tecnos. Madrid. España-

(102) López Quintal Rocío. Maternidad el derecho a elegir: significados y experiencias de mujeres mexicanas que eligieron "no ser madres". Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán. (2018)

(103) Reyes Rocha Liliana M. Discursos Médicos acerca del aborto provocado en Chile (1960-1970) Cuadernos de historia. Número 46. 2017. Departamento de Ciencias Históricas. Universidad de Chile.

(104) Hernández-Ascanio, J. y de la Mata-Agudo, C. (2020). ¿Cómo Abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos Femeninos las ONGDs Andaluzas? Centralidad,... Revista de Estudios Andaluces, 40, 118-136. <https://dx.doi.org/10.12795/rea.2020.i40.07>

(105) Menéndez, Eduardo. (2008) "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible." (2008). https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/220

(106) Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, De la Vara E, De Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S235-S240.

(107) Guibovich Mesinas A. A., (2012) Conocimientos sobre educación sexual en madres

adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Horiz Med* Volumen 12(4), Octubre - Diciembre 2012

(108) Irons R. Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(2):188-95. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4356>.

(109) Nájera, A.; López, M.B.; Evangelista, A.; Zuritam U.; Ortiz, I. y Aparicio, B. (1998). Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. En Figueroa, J.G. (comp.) *La condición de la mujer es los espacios de la salud*. México: El colegio de México.

(110) Lasheras Barrio M.& Patricia Escartín Lasierra (2020) Ser mujer en una sociedad que nos enferma. *AMF* 2020;16(5):265-271

(111) Hernández-Ascanio, J. y de la Mata-Agudo, C. (2020). ¿Cómo Abordan los Derechos Sexuales y Reproductivos Femeninos las ONGDs Andaluzas? Centralidad, *Revista de Estudios Andaluces*, 40, 118-136. <https://dx.doi.org/10.12795/rea.2020.i40.07>

Gráficas, imágenes y tablas

Gráfica 1, Titulada “defunciones maternas observadas por causas obstétricas directas e indirectas 1990-2012” tomada del Informe de Avances de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México 2000-2015, pp. 46. Disponible en: <https://bpo.sep.gob.mx/#/recurso/5598/document/1>

Gráfica 3, Titulada “Muertes Maternas en San Luis Potosí, según Causa Básica de defunción. 2017-2018” tomada de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Informe de 2018, basado en Información a la Semana Epidemiológica No. 52 (2017) No- 49 (2018)

Gráfica 2, Titulada “Razón de Muerte materna (RMM) y Total de Muertes Maternas en la República Mexicana y San Luis Potosí 2003- 2018”. Tomada de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí y Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Estado de San Luis Potosí. Análisis de la Morbilidad y Mortalidad Materna en el estado de San Luis Potosí. Informe de 2018, basado en Información a la Semana Epidemiológica No. 52 (2017) No- 49 (2018)

Imagen 1. Distribución geográfica de los Centros de Salud contemplados para el estudio. Fuente: Elaboración propia a través de Google Maps.

Imagen 2. Formato de codificación- Fuente: Elaboración propia

Imagen 3. Base de datos para análisis- Fuente: elaboración propia

Imagen 4. Asignación de folio- Fuente: elaboración propia

Imagen 5. Conexiones entre categorías y subcategorías

Tabla 1. Grado de Marginación por AGEB en Centros de Salud de San Luis Potosí. Fuente: basado en los metadatos del geoportal SIRE, disponible en <https://www.websire.inee.edu.mx/geoportal/map-srv?evt=sgp&gp=GPA>

Tabla 2. Elementos paralingüísticos para transcripción.

Tabla 3. Características de los informantes - Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Planificación Familiar. Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Maternidad. Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Sexualidad y reproducción

Tabla 7. Categorías y subcategorías. Fuente: elaboración propia

XI. ANEXOS

Anexo 1: Carta de aprobación del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición perteneciente a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí



28 de mayo de 2019

GILBERTO JASSO PADRÓN
ALUMNO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2018-2020

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, celebrada el día 27 de mayo del año en curso, se registró el protocolo de investigación denominado "Perspectivas del personal de salud, sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas" con la clave GX18-2019.

Dicho registro ha sido asignado a partir de la aprobación que los lectores asignados hicieron sobre la última versión entregada, cuyas constancias constan en archivo de la coordinación del programa y que a este documento se adjuntan.

En virtud de la asignación del registro, se le insta a que a la brevedad someta su trabajo al Comité de Ética en investigación que resulte pertinente para sus intereses. Sin otro particular, reiteramos las seguridades de nuestra más atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTONÓMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

INTEGRANTES DEL CA-MSP

FIRMA

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Dra. Verónica Gallegos García

Dra. Claudia Inés Victoria Campos

Dr. Darío Gaytán Hernández

MSP. Ma. Guadalupe Guerrero
Rosales



Av. Niño Artillero 130
1 Universitaria • CP 78240
Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Anexo 2: Aprobación Comité de Ética en Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria Núm. 1

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1	
FECHA:	
ADMINISTRACIÓN	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
EPIDEMIOLOGÍA	SALUD REPRODUCTIVA
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO	SISTEMAS E INFORMACIÓN EN SALUD
ABSOR JURISDICCIONALES	COEPRIS
SPAN LUIS POTOSÍ	Preparar propuesta
Atender	Informarme
Antecedentes	Agendar
NORMAL	URGENTE
COMENTARIOS	
San Luis Potosí, S.L.P.	



SERVICIOS DE SALUD
PROSPEREMOS JUNTOS
Gobierno del Estado 2009-2011

DIRECCIÓN: DE ATENCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO: EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 COL. LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78380

NÚMERO DE OFICIO:
EXPEDIENTE: 16S.2

ASUNTO: Evaluación de protocolo registro estatal SLP/005-2018.

07 FEB. 2018

02765

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCIÓN SANITARIA 1
RECIBIDO
08 FEB. 2018
SECCION DE ATENDENCIA Y ARCHIVO

27
#00481

M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
AV. NIÑO ARTILLERO No. 130
ZONA UNIVERSITARIA
CIUDAD.

Hago de su conocimiento, que con fecha 25 de enero del 2018, en sesión ordinaria el Comité de Ética en Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

"Evaluación de estrategias implementadas en centros de salud urbanos para la promoción, consejería, acceso y acompañamiento en planificación familiar en mujeres con enfermedades crónicas no infecciosas." "Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí" REGISTRO ESTATAL SLP/005-2018	Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
---	-----------------------------------

Siendo el dictamen por consenso: **OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE**

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

Como parte de los compromisos adquiridos, el Investigador titular se obliga a entregar con periodicidad los avances y en su momento el informe final de la Investigación al Comité de Ética en Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE,
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
LA DIRECTORA GENERAL

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ.

1-30

09 FEB. 2018

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

07 FEB. 2018

OFICIA DE PARTES

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCIÓN SANITARIA 1

12 FEB. 2018

RECIBIDO
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

C.c.p. Dra. Flor, Lilian Estrada Martínez, Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.-Calzada de Guadalupe No. 530.- Ciudad.

MML/GR/JAGCV

2018 "Año de Manuel José Othón"

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

Anexo 3. Carta de aprobación del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud de Servicios de Salud del Estado



DIRECCIÓN: DE CALIDAD Y EFICACIA EN SALUD
 SUBDIRECCIÓN: PROLONG. CALLEADA DE GUADALUPE No. 5650
 DOMICILIO: COL. TOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78200

NÚMERO DE OFICIO: _____
 EXPEDIENTE: INS 2 27706

ASUNTO: Evaluación de Protocolo Registro Estatal SLP/07-2019.

11 NOV. 2019

San Luis Potosí, S.L.P.,

DR. CI AUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO
 DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 AV. NINGARTILLERO No. 150
 ZONA UNIVERSITARIA, C.P. 78240
 CIUDAD

Hago de su conocimiento que el pasado 20 de octubre del 2019, en Sesión Ordinaria del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, se realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

Perspectivas del Personal de Salud sobre Sexualidad, Reproducción y Maternidad en Mujeres Diagnósticas con Enfermedades Crónicas	Lic. Aníbal Gilberto Jasso Padrón
Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí	
REGISTRO ESTATAL SLP/07-2019	

Siendo el Dictamen por consenso:

OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases, condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NOM-012-SSA03-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

En base a la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, el Comité tendrá a facultad de solicitar el seguimiento del estudio en cualquier fase de su desarrollo, su cumplimiento de acuerdo al Protocolo autorizado y la Guía de buenas Prácticas Clínicas, para garantizar la protección del sujeto participante al estudio, y cumplir con las disposiciones que marca el Reglamento Interno del Comité Estatal de Ética en Investigación, Capítulo X, Artículo No. 45, el Investigador Titular se obliga como parte de los compromisos adquiridos a entregar con periodicidad semestral los avances; y en su momento el Informe Final de la Investigación al Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud.

Reciba un cordial saludo:

ATENTAMENTE,
 SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN
 LA DIRECTORA GENERAL

[Firma]
 LILIANA TRINIDAD MARTÍNEZ

SERVICIOS DE SALUD
 DE SAN LUIS POTOSÍ
DESIGNADO
 11 NOV. 2019
 OFICIALÍA DE PARTES

3123328
 #120400

C. p. Dra. Brenda Patricia Plata Flores, Subdirectora de Primer Nivel de Atención, Edificio
 C. p. Dra. Flor Lilian Estévez Martínez, Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 - Calzada de Guadalupe No. 630,
 Barrio de San Miguelito C.P. 78339 Ciudad.

[Firma]
 JANILGR JASSO

2019. "Año del Centenario del Natalicio de Rafael Montejano y Aguilón"

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO

Anexo 4. Cartas de aprobación de la Jurisdicción Sanitaria 1 hacia los centros de Salud.



EXPEDIENTE 16S.2

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MEMORANDUM N° 09758

ASUNTO: Facilidades administrativas

San Luis Potosí, S. L... P.,

22 NOV 2019

DR. EDGAR GILDARDO BARBOSA ANDRADE
DIRECTOR DEL C.S. TERCERAS
CALLE MURAL No. 100
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTÍNEZ



- c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
- c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
- c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio

MLML/arh

JURISDICCIÓN SANITARIA No. I
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

MEMORANDUM N° 09759

EXPEDIENTE 16S.2

ASUNTO: Facilidades administrativas

San Luis Potosí, S. L... P.,

22 NOV 2019

DRA. IRIS ESPINOSA GUERRA
DIRECTORA DEL C.S. "DR. JUAN H. SANCHEZ"
EDIFICIO

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTÍNEZ



c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio

ML/arl

JURISDICCIÓN SANITARIA No. I
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
MEMORANDUM N° 09756

EXPEDIENTE 16S.2

ASUNTO: Facilidades administrativas

San Luis Potosí, S. L... P.,

22 NOV 2019

DRA. ADRIANA B. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
DIRECTORA DEL C.S. PIEDRAS (JACARANDAS)
BOSQUE DE LOS PINOS No. 55
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTÍNEZ



- c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
- c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
- c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio

M/LML/arh

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
MEMORANDUM N°
№ 09755

EXPEDIENTE 16S.2

ASUNTO: Facilidades administrativas

22 NOV 2019

San Luis Potosí, S. L... P.,

DRA. SANJUANA CAROLINA MARTÍNEZ GALVÁN
DIRECTORA DEL C.S. 21 DE MARZO
GRACIANO SANCHEZ No. 600
SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ, S.L.P.

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTÍNEZ



- c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
- c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
- c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio

MLML/anh

JURISDICCIÓN SANITARIA No. I
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
MEMORANDUM N° 09757

EXPEDIENTE 16S.2

ASUNTO: Facilidades administrativas

San Luís Potosí, S. L... P.,

22 NOV 2019

DR. HÉCTOR MANUEL GÓMEZ PÉREZ
DIRECTOR DEL C.S. ANAHUAC
LEONARDO DA VINCI ESQ. MARIE CURIE
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTÍNEZ



c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio

MLML/anh

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

MEMORANDUM N° 09760

EXPEDIENTE 16S.2

ASUNTO: Facilidades administrativas

San Luis Potosí, S. L... P., **22 NOV 2019**

DRA. ALMA MIREYA ROMERO VAZQUEZ
DIRECTORA DEL C.S. JARDINES DE MARIA CECILIA
CAMINO A HUIZACHILLOS No. 1215
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

Me permito presentar a usted, al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la U.A.S.L.P., quien le fue autorizado su Proyecto de Investigación bajo el registro **SLP/07-2019** por parte del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud llamado "*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*".

Lo anterior para que se le den las facilidades administrativas en su Unidad de Salud de realizar dicho estudio.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA JEFA DE LA JURISDICCIÓN

DRA. FLOR LILIAN ESTRADA MARTINEZ



- c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
- c.c.p. L. E. Rosa María Franco Rodríguez.-Coordinadora Administrativa.-Edificio
- c.c.p. Dra. Crystal Ruelas Verdugo.-Coordinadora de Salud Reproductiva, Atención a la Infancia y Adolescencia.-Edificio



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Guía de entrevista (anexo 5)



En la presente investigación la entrevista considerará las dimensiones de **vínculo médico-paciente, Planificación Familiar y mujeres diagnosticadas con enfermedad crónica**. Será una entrevista semi-estructurada, es decir existe una guía como la que se presenta a continuación y existe libertad de introducir preguntas que aclaren puntos que no fueron claros. Los objetivos que se persiguen son generar información e identificar perspectivas sobre los conceptos clave de la investigación. Para establecer las pautas que guían la construcción del instrumento de entrevista se consultó a Hernández-Sampieri (2014). La entrevista se complementa con una carta de presentación y el consentimiento informado.

Instrumento

Pregunta para inicio de *rapport*

Buenos días,

¿Cuál o cuáles diría usted que son los retos más importantes que enfrenta al atender a población en este consultorio? ¿Por qué esto lo considera un reto?

Preguntas generales:

¿Podría decirme que características en general, tiene la población que atiende?

¿Qué tipo de población es la que predomina? (si no surge, preguntar específicamente que tan representativa es la búsqueda de atención en mujeres en edad reproductiva: 15-45 años)

¿Cuáles suelen ser las principales razones por las que solicitan la atención?

¿Qué tipo de padecimientos? (explorando si estos son de tipo agudo: procesos infecciosos, Tipo crónico: enfermedades crónico degenerativas, como diabetes, HTA, enfermedades autoinmunes, VIH, enfermedad renal, obesidad; o de búsqueda de bienestar como embarazo, prevención de EC).

Vínculo médico- paciente y Planificación Familiar

Profundizando en el tema de planificación familiar,

¿Qué entiende usted por este término y qué tan importante es en su trabajo diario actualmente? Mencíoneme algunos retos que usted considere importante en torno a la PF en su población usuaria.

¿Podría decirme cómo es que prioriza su intervención en materia de planificación familiar?
¿Cómo lo hace?

¿En quienes la lleva a cabo? ¿Existe alguna población en la que usted considere que es particularmente importante? ¿Qué lo hace pensarlo así?

¿Qué piensa usted respecto a las experiencias de embarazo en su población usuaria?

¿Podría platicarme que retos enfrenta en el control prenatal de las usuarias?

¿Podría mencionarme cómo es el proceso de atención de sus pacientes desde la primera visita hasta las subsecuentes?

Me gustaría que me cuente sobre los casos de embarazos de alto riesgo ¿A qué es a lo que más frecuentemente se enfrenta y a qué lo asocia?

¿Qué puede decirme sobre la maternidad?

¿Usted desde su postura personal o de médico, considera que es conveniente para las mujeres ser madres?

¿Podría profundizar sobre estas razones?

Si estuviera en usted proponer una estrategia para reducir la morbilidad extrema y las muertes maternas ¿Qué propondría?

Vínculo médico- paciente y manejo médico de las mujeres diagnosticadas con enfermedad crónica

¿Qué opinión le merece la PF en las mujeres en edad reproductiva diagnosticadas con alguna Enfermedad Crónica?

¿Qué recomendaciones hace para quienes desean tener un hijo o más hijos, en esta condición?

¿Qué acciones de PF se llevan a cabo por usted o en otros servicios de este centro para incorporar la PF en estas mujeres?

¿Cuáles son los retos que se enfrentan en materia de salud sexual y reproductiva con estas mujeres en específico?

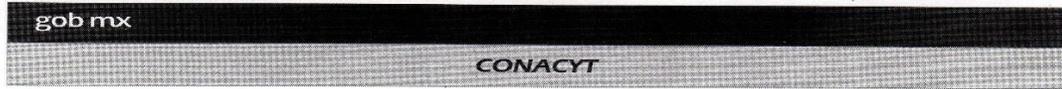
Preguntas metodológicas para profundizar en respuestas.

¿Por qué opina así? ¿En qué sentido lo dice? ¿Podría darme un ejemplo de ello? ¿Por qué le parece importante esa acción?

Pregunta de cierre

Comentario sugerencia u opinión que desee comentar para terminar.

Anexo 6. Carta de asignación de beca CONACYT



CARTA DE ASIGNACIÓN DE BECA NACIONAL

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
DIRECCIÓN ADJUNTA DE POSGRADO Y BECAS
DIRECCIÓN DE BECAS

México, D.F. 08 October 2018

A QUIEN CORRESPONDA:

PRESENTE

Por medio de la presente hacemos constar que el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, ha otorgado una beca a él (la) C. GILBERTO JASSO PADRON con número (CVU/Becario): 930273, a partir de la fecha 01 de septiembre de 2018 hasta el 31 de agosto de 2020, para realizar sus estudios de MAESTRIA en el programa MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

La beca incluye:

4.5 veces el Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, equivalente a \$ 11,026.08 a la fecha de expedición de este documento

Servicio Médico proporcionado por el ISSSTE

Extendemos esta carta a petición del interesado(a) para los fines que considere pertinentes.

ATENTAMENTE

M. en C. PABLO ROJO CALZADA
DIRECTOR DE BECAS

Esta Carta de Asignación de Beca forma parte del Convenio de Asignación de Beca celebrado en la misma fecha de emisión.





Anexo 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

El Licenciado en Antropología Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y responsable del proyecto de investigación titulado “*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*” me ha invitado a participar en dicha investigación, brindándome toda la información sobre las condiciones de mi participación y los beneficios esta tendrá para la sociedad. Me ha clarificado también sobre mi libertad para decidir si continúo o no participando, así como me ha garantizado que, si decido negarme a participar o renunciar a continuar en el estudio, esto no afectara de ninguna manera mi trabajo como prestador de servicios de salud de acuerdo a la Ley General de Salud en el apartado de la Investigación en Grupos Subordinados, capítulo V, artículo 57 y 58.

Me ha explicado que el objetivo de la investigación es conocer mi opinión y experiencia en cuanto a la planificación familiar que reciben las mujeres con diagnóstico de enfermedades crónicas.

He sido informado que, de acceder a incorporarme al estudio, me realizarán una entrevista, la cual será audiograbada sólo si yo acepto que esto sea realizado. La entrevista indagará respecto a mi experiencia en el manejo de mujeres en edad reproductiva diagnósticas con enfermedades crónicas. La fecha de realización de la entrevista se determinará en común acuerdo con el investigador y el lugar será decidido por mí. Posterior a la entrevista se me podría solicitar participar de un nuevo encuentro con el investigador, para lo cual seré informada con antelación.

Entiendo que:

1. Mi participación en este estudio es de carácter voluntario y podré decidir libremente dejar de participar en cualquier momento, sin que implique ningún tipo de represalias.

2. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los comentarios entregados. El acceso a éstos se restringe a los investigadores, y mi identidad no será revelada de acuerdo a la Ley General de Salud en el apartado de la Investigación en Grupos Subordinados, capítulo V, artículo 57 y 58. Conforme a dicho apartado, los resultados de la investigación serán presentados de manera general (no especificando mi nombre, edad, sexo ni centro de salud de adscripción) de tal forma que no generarán ningún perjuicio o daño personal, profesional e institucional.

3. Para recabar los datos de mis relatos para esta investigación se harán uso de grabadoras de audio y libreta de notas, las cuales servirán para tener fidelidad en cuanto a la información que proporcione, estas grabaciones estarán resguardadas y los datos se manejaran se hará bajo confidencialidad, sólo transcribiendo mis relatos, los audios bajo ninguna circunstancia serán publicados, de hecho, estos junto con las transcripciones de las entrevistas serán destruidos una vez que se concluya la elaboración de la tesis.

4. Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas, no obstante, se asegura la confidencialidad, es decir no se plasmará ningún nombre en dichos resultados o relatos de tal manera que éstos no podrán ser identificados.

5. Tengo derecho a ser informado de los resultados del estudio y acceder a mis datos cuando considere necesario.

6. Al participar de este estudio, eventualmente, y según características personales, podría experimentar alguna situación incómoda la entrevista al comentar cuestiones relacionadas con mi vida y mi formación profesional, pudiendo elegir el lugar donde se realice la entrevista y me sienta con mayor comodidad, por lo demás no me expondré a ningún otro tipo de riesgo o daño. Todas las situaciones que puedan generar las entrevistas y observaciones están regidas por los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto de mi persona.

7. Por mi participación no recibiré ningún tipo de retribución económico.

Después de leer todo lo antes descrito, por medio de la presente autorizo y proporciono mi Consentimiento Informado para participar en el estudio de "Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas"

Acepto _____

No acepto __

Firma del investigador
Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón

(Firma del participante)

Testigo 1

Testigo 2

Responsable de la investigación: Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón

Facultad de Enfermería de la UASLP

Teléfono: 44 44 30 86 84

Email: gilberto_jasso@hotmail.com



Anexo 7 .1: CARTA PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

A quien corresponda

Me presento, soy el Licenciado en Antropología Gilberto Jasso Padrón, estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Como parte de los procesos en este programa de posgrado realizaré una investigación titulada “*Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*” que forma parte de una investigación de tipo exploratoria y será complementado con otra que investigará las perspectivas sobre las mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas. La Dirección de dicha investigación será supervisada por la Dr. Yésica Rangel Flores.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es conocer la opinión y su experiencia en cuanto a la planificación familiar que reciben las mujeres con diagnóstico de enfermedades crónicas. La información, así como que los resultados aportarán información relevante para comprender el por qué las mujeres con esta condición asumen riesgos sobre la maternidad en la cual mi perspectiva abonara a dicha comprensión.

Procedimientos: Se realizará una entrevista, en la cual se le solicitará permiso para audiograbar. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla en el momento que considere oportuno.

No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para generar conocimiento que ayude a comprender esta situación y apoyar a generar conocimiento que sirva para desarrollar políticas públicas acorde a las necesidades en una situación similar.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio pueden ser publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a) y a su centro de trabajo.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia.

Si usted tiene alguna duda, comentario o preocupación o sugerencia con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable:

Responsable de la investigación: Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón

Facultad de Enfermería de la UASLP

Teléfono: 44 44 30 86 84

Email: gilberto_jasso@hotmail.com

Anexo 8. Carta de no conflictos de interés.

Declaración de no conflicto de intereses, de autoría y coautoría

04 de junio de 2019

A quien corresponda:

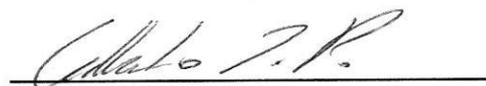
Por medio de la presente nos permitimos informar que el equipo de investigación de este protocolo titulado "*perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas*" no tiene conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener beneficios económicos por sí mismos o a través de la participación de otras instancias, y con la finalidad de que ello quede claramente establecido, incluyendo los derechos de autoría descritos abajo. El investigador responsable es el **Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón** y como colaboradora a la **Dra. Yésica Yolanda Rangel Flores**, por lo que todos tendrán obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de investigación y serán responsables de la integridad y exactitud de los informes, además de aceptar en común acuerdo las normas éticas de la entrega de información para lo cual será necesario la publicación de los resultados negativos y positivos, mismos que podrán estar a disposición del público general.

En función de lo anterior se establece que, para la publicación del primer artículo derivado de la investigación, tendrán como primer autor al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón y como segundo autor a la Dra. Yésica Yolanda Rangel Flores. Si se genera un segundo artículo derivado de esta tesis tendrá como primer autor a la Dra. Yésica Yolanda Rangel Flores, directora de tesis y como segundo autor al Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón.

En futuras publicaciones el orden a lo anterior, podrán aparecer como autores otros investigadores incluso si no participaron en la creación de la tesis ello siempre y cuando el investigador que se incorpore participe en la generación del artículo y si así lo aprueban los autores que participen en esta tesis. El financiamiento de las publicaciones u otros productos derivados, tales como: carteles, folletos o trabajos de difusión serán solventados en partes iguales por todos los participantes.

Durante el proyecto de investigación, el investigador responsable estará obligado a entregar al Comité Estatal de Ética de investigación de los Servicios de Salud de SLP., reportes periódicos de avances, el reporte final correspondiente y la publicación de los resultados en una revista nacional o internacional arbitrada, dando el crédito correspondiente sobre el financiamiento de la investigación a CONACyT, así como agradecer las facilidades brindadas a Servicios de Salud del Estado.

Se firma de acuerdo con lo estipulado en el presente documento.



Lic. Antrop. Gilberto Jasso Padrón



Dra. Yésica Yolanda Rangel Flores.

Anexo 9. Guía de observación

Guía de observación:

Información básica:

Día de observación:

Horario (de inicio y final):

Nombre del Centro de Salud:

Colonia:

Profesional encargado:

Categoría/contexto	Observaciones/descripciones	Estrategias	Notas
Ambiente físico (entorno) Contexto de Centro de Salud, y área de PF (primer acercamiento)	Contexto macro en que está inserto el Centro de Salud, vías de acceso para llegar hasta el, disponibilidad de medios de transporte para acercarse. Colonias de procedencia. -Perfil de usuarios que asisten (sexos, grupos de edad, afluencia) -Descripción de la infraestructura del Centro de Salud, características de infraestructura del servicio de planificación familiar. Accesibilidad al servicio en cuanto a espacios, horarios y tiempos de espera. -Descripción sobre el número de personal que labora en el centro, su distribución en consultorios y servicios, persona que coordina el servicio de PF, perfil profesional, horarios, rutinas.	Descripción en texto y en croquis Observación y apuntes en diario de campo	Anotaciones de la observación directa. Respondiendo a las preguntas: qué, quién, cómo, cuándo y dónde
Ambiente social Vínculo personal de salud-paciente y personal de salud-personal de salud	-Reglas y normas de comportamiento, atribución de funciones y responsabilidades en la prevención, detección y atención de las mujeres con ECNT -Reglas y normas de comportamiento, atribución de funciones y responsabilidades en las actividades que promueven el acceso a planificación familiar en mujeres con ECNT -Actividades compartidas -Actividades que se designan -Socialización de Información -Papeles y roles -Redes y equipos de trabajo -Jerarquías, procesos de comunicación (referencias y contrareferencias) - Relación e interacción personal de salud-paciente, caracterización de la consejería brindada (información que se da, exposición de dudas por las usuarias, materiales de apoyo para la educación en salud). -Funciones lingüísticas (deixis, gesticulación, acto-respuesta, metáfora, etc.)	Observación participante y apuntes en diario de campo	Anotaciones interpretativas. (Reglas, roles, significados, emociones, reacciones, interacciones).
Actividades (acciones)	-Actividades definidas como "rutinarias" por el personal de salud, así como actividades que son consideradas como "emergentes"	Observación participante y apuntes en diario	Anotaciones interpretativas.

	-Formas de proceder de rutina, durante la consejería de Planificación Familiar. -Tomas de decisiones (criterios profesionales)	de campo	(Reglas, roles, significados, emociones, reacciones, interacciones).
Objetos Utilizados.	Formatos que se utilizan, métodos de planificación, algún medio didáctico para explicación sobre PF (folletos o carteles). Instrumental médico, etc.	apuntes en diario de campo Fotografías (en caso que se b rinde el permiso) Dibujos Obtención de algún folleto	objetos Búsqueda de funciones, usos y significados otorgados por los pacientes y el personal de salud (perspectiva emic y etic)

Nota: Es importante que no se modifique el espacio o las actividades de rutina para estas observaciones, ya que no es propicio para la investigación etnográfica.

Anexo 10. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición



EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN DE LA UASLP.

Título del proyecto: Perspectivas del personal de salud sobre sexualidad, reproducción y maternidad en mujeres diagnosticadas con enfermedades crónicas.

Responsable: Gilberto Jasso Padrón

Fecha: 01 Julio 2019

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional o internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación; (patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga registro **CEIFE-2019-305**. Se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité: ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de seis meses.

Atentamente,


COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

www.uaslp.mx

Av. Niños Héroes 119
Zona Universitaria, CP 26230
San Luis Potosí, S.L.P., México
tel. (52) 46 236 7300
L41, Reseputo 501, L y 501
Administración 506A
Asesoría 5071

"2019, aniversario 160 de la fundación del Instituto Científico y Literario de San Luis Potosí"

Anexo 11. Material de investigación

Materiales:

Material o equipo	Unidades	Costo unitario	Total
<i>Grabadora de audio</i>	1	\$1599	\$1599
<i>Carpetas</i>	1	\$159	\$159
<i>Grapadora y Caja de clips</i>	1	\$175	\$175
<i>Archivero</i>	1	\$2099	\$2099
<i>Audífonos</i>	1	\$349	\$349
<i>Computadora</i>	1	\$8999	\$8999
<i>Multifuncional (impresora y copiadora)</i>	1	\$4899	\$4899
<i>Tonner</i>	1	\$1700	\$1700
<i>Paquete de 500 hojas tamaño carta</i>	1	\$85	\$85
<i>Paquete de bolígrafos (azul, negro y rojo)</i>	3	\$45	\$135
<i>Marcatextos</i>	1	\$55	\$55
<i>Cuadernos</i>	2	\$49	\$98
Total			\$20,352